Școala Postliceală Sanitară „Grigore Ghica Vodă”Iași

Proiect

Examenul de absolvire a școlii postliceale sanitare

Calificare profesională :asistent medical generalist

Îngrijirea pacientului cu Adenom de prostată

Îndrumător ,Candidat,

Promoția 2017

Îngrijirea bolnavului cu Adenom de prostată

Cuprins

I. Argument

II. Îngrijirea pacientului cu Adenom de prostată

Obiectiv 1:

Noțiuni generale de anatomie si fiziologie ……..5 pag. anatomie ……..1 pag .fiziologie

Obiectiv 2 :*Prezentarea generală a afecțiunii ……..* 13pag.

a.Definiția
b.Clasificare
c.Etiologia
d.Simptomatologie
e.Diagnostic
f.Evoluție și prognostic
g.Tratament
h.Complicații

Obiectiv 3 :*Rolul autonom și delegat al asistentului medical în îngrijirea pacientului cu adenom de prostată*

a. Fișa tehnică nr.1 …… 3 pag.
b. Fișa tehnică nr.2…….2 pag.
c. Fișa tehnică nr.3…….2 pag.
d. Fișa tehnică nr.4……1 pag.

Obiectiv 4 :*Procesul de îngrijire al unui pacient cu adenom de prostată*

a.Interviu(culegerea datelor)……4 pag.
b. Nevoi fundamentale după V.Henderson……..1 pag.
c.Plan de îngrijire…….3 pag.

Obiectiv 5 :*Educația pentru sănătate la un pacient cu adenom de prostată*……1 pag

III.Bibliografie……1 pag.

IV.Anexe……..3 pag.

Motto: ” Să trăieşti astfel încât felul în care ţi-ai trăit viaţa să trăiască mai mult decât tine.”

Herbert Harris

I. Argument

- **Adenomul de prostată**, cunoscut și sub numele de adenom periuretral sau hipertrofic de prostată, este o boală caracterizată prin apariția unei tumori benigne, dezvoltată din glandele periuretrale situate submucos, supramontanal, prespermatic și intrasfincterian.
- **Scopul** prezentului proiecteste de a identifica problemele de îngrijire specifice pentru un pacient cu adenom de prostată.
- **Problemele** pe care le poate prezenta un bolnav cu adenom de prostată și de care trebuie să țină seama asistentul medical la întocmirea planului de îngrijire sunt:
  - retenție urinară;
  - polakiuria nocturnă;
  - disurie;
  - inapetență, anemie, cefalee, amețeli legate de gradul de insuficiență renală.

Dezvoltarea obiectivelor proiectului au la bază următoarele **competențe profesionale:**

1. Urmărirea și notarea în foaia de observaţie a funcţiilor vitale și vegetative.
2. Evaluarea stării pacientului după efectuarea tehnicii și investigației.
3. Utilizarea rezultatelor evaluării pentru identificarea priorităţilor în îngrijirea pacientului și clasificarea unui plan al tuturor activităţilor de îngrijire.
4. Cunoaşterea stilului de viață, a condiţiilor de trai și de muncă, a efectelor asupra stării de sănătate.
5. Asigurarea mediului adecvat odihnei și supravegherea bolnavului.
6. Cunoaşterea metodelor de administrare a medicamentelor.
7. Acordarea de îngrijiri pentru prevenirea complicaţiilor în diferite afecţiuni.
8. Cunoaşterea pregătirii bolnavilor și a materialelor necesare pentru recoltări de produse biologice, patologice. Explorări funcţionale, examen radiologie etc.
9. Acordarea de îngrijiri în situaţii de urgență.
10. Realizarea educaţiei în scopul prevenirii complicaţiilor și menţinerea unui grad ridicat de sănătate.

Aplicarea procesului de îngrijire la pacienți cu adenom de prostată s-a finalizat prin analiza unui caz cu adenom de prostată – caz pentru care s-a elaborat un interviu. Pe baza interviului realizat s-au evidențiat problemele de dependență

specifice la nivelul celor 14 nevoi fundamentale – conform principiului Virginiei Henderson.
În final a fost elaborat **planul de îngrijire** la un pacient cu adenom de prostată respectând obiectivele generale ale proiectului. Pe plan au fost evidențiate problemele de dependență, obiectivele de îngrijire, intervențiile autonome și delegate aplicate, precum și evaluarea intervențiilor aplicate.

II.Îngrijirea pacientului cu adenom de prostată

Obiectiv 1

Noțiuni generale de anatomie și fiziologie a prostatei

Prostata este o glandă situată în spaţiul pelvisubperitoneal, dedesubtul vezicii urinare, dezvoltată în jurul porţiunii iniţiale a uretrei.

Numele îi vine de la grecescul „prostates"= care stă înainte.

In adevăr, în cazul când organele pelviene se abordează anatomic sau chirurgical – pe cale perineală, primul organ care „stă înaintea celorlalte" este prostata.

- **Culoarea** prostatei este cenușie-roșiatică.

- **Consistența** este elastică, dar fermă, uşor de perceput prin tactul rectal. În stare normală, suprafaţa ei este netedă, în anumite împrejurări patologice, prezintă porţiuni indurate si neregularități.

- **Dimensiuni**. Prostata este puţin dezvoltată la naştere. Crește exploziv la pubertate și continuă să crească la adulţi. La bătrâni prostata se poate atrofia, dar de cele mai multe ori se hipertrofiază și comprimă uretra. Ea măsoară 3 cm în sens vertical, 4 cm în sens transversal și 2,5 cm în sens sagital. La adult are o greutate de 20-25 g.

- **Conformaţie exterioară.** La nou născut are formă sferică. La adult se compară de obicei cu o castană uşor turtită antero-posterior, sau cu un con uşor recurbat înainte.

Prostatei i se descriu :

- o față anterioară;
- o față posterioară;
- două fețe inferolaterale;
- o bază proiectată în sus;
- un vârf care priveşte în jos;
- uneori prezintă o proeminență transversală, care o împarte în două zone.

- **Forma clinică** pe care medicul o găsește prin tactul rectal, este cea a unui as de pică ale cărui extremități superioare – coarnele – continuă cu veziculele seminale, iar vârful cu uretra. Un șanț median, uşor de perceput, situat pe fața posterioară, marchează limita dintre cei doi lobi laterali ai prostatei.

Loja prostatică

Prostata este situată sub vezica urinară, înapoia simfizei pubiene, înaintea ampulei rectale, deasupra diafragmei urogenitale si a muşchilor ridicători anali. Cum aceşti muşchi separă pelvisul de perineu, rezultă că prostata se găsește profund în pelvis, în spaţiul pelvisubperitoneal.

Axul prostatei este oblic, orientat de sus în jos și dinapoi înainte, formând cu verticala un unghi de 20-25 grade.

Prostata este conţinută într-o lojă, limitată de șase pereţi :

- peretele anterior – format din oasele pelviene;
- peretele posterior – format din septul rectore si coprostatic Denovilliers;
- doi pereţi laterali – constituiţi din muşchii ridicători anali tapetaţi de fascia pelviană parietală;
- peretele inferior – constituit de diafragma urogenitala;
- peretele superior – format din ligamentele puboprostatice și fundul vezicii urinare.

Loja comunică în sus și înainte prin fisurile dintre ligamentele puboprostatice, cu spaţiul prevezical, iar în sus și înapoi cu spaţiul retrovezical.

Intre pereţii lojei și glandă se delimitează spaţiul periprostatic. Îngust, înapoia și pe părțile laterale ale prostatei, acest spaţiu este destul de larg înaintea glandei. El este umplut cu ţesut conjunctiv lax, dependent de ţesutul pelvisului peritoneal. In vecinătatea prostatei, ţesutul conjunctiv se condensează în lame dispuse concentric în jurul ei formând capsula periprostatică. Aceasta se îngroașă mai mult pe părțile laterale și fuzionează cu lamele sacrorectogenitopubiene.

În ţesutul conjunctiv periprostatic se găsesc numeroase vase sanguine – mai ales vene. Pe părțile laterale, aceste vene sunt largi, bogat anastomozate și se împletesc intim cu lamele fasciei prostatice, din care este imposibil să fie separate. Ele formează cele două plexuri venoase vezicoprostatice. Din cauza abundenței acestor vene, enudarea glandei din capsula periprostatica este extrem de hemoragică.

Fascia prostatei, sau capsula periprostatică, nu trebuie confundată cu capsula proprie a glandei , care face parte din stoma conjunctivo-musculară.

În spaţiul periprostatic se pot dezvolta abcesele periprostatice. Cum loja prostatei comunică cu spațiile pre- și retrovezical, flegmoanele pot difuza în aceste spații.

Mijloace de fixare. Prostata este solid fixată prin perineu, care îi formează un important mijloc de susţinere. Acestuia i se adaugă aderentele la organele învecinate – vezica și uretra – precum și la formaţiunile fibroase înconjurătoare (în primul rând ligamentele puboprostatice).

Cu toată fixitatea ei, prostata poate fi ridicată împreună cu vezica prin introducerea în rect a balonului Petersen sau a degetului înmănușat, procedeu folosit curent în prostatectomia transvezicală.

Raporturile prostatei

Raporturile prostatei sunt următoarele **:**

- **fața anterioară**– este verticală, convexă și priveşte spre simfiza pubiană, de care este distanţată cu aproximativ 2 cm. Spaţiul dintre simfiză și prostată – limitat în sus de ligamentele și muşchii puboprostatici, iar în jos de ligamentul transvers al perineului – este ocupat de ţesut conjunctiv în care se găsește plexul venos prostatic. Reamintim că pe această față este acoperită de sfincterul uretrei (striat sau extern);
- **fața posterioară –** este înaltă, orientată oblic dinapoi înainte. Am văzut că prezintă un șanț median, vertical, care o împarte în doi lobi laterali. Fața posterioară este mai largă în partea superioară, iar marginile laterale se rotunjesc pe măsura ce urcă. În partea superioară, pe linia mediană, prezintă o incizură, iar vârful este ascuţit. Aceste caracteristici au făcut ca fața posterioară să fie asemănată cu un „as de pică”. Are următoarele raporturi importante : este acoperită parţial de sfincterul striat al uretrei; răspunde ampulei rectale; între ampula rectală și prostată se găsește o formaţiune conjunctivăfibroasă, septul rectovezicoprostatic Denonviliers care permite cu ușurință separarea chirurgicală a celor doua organe. Raporturile posterioare ale prostatei cu rectul sunt importante pentru aplicaţiile practice : *dau posibilitatea explorării digitale* (tuşeu rectal), și al abordării chirurgicale a glandei; *explică fenomenele rectale* în prostatite și cele vezicoprostatice în rectite, hemoroizi; *explică emisiunile de lichid* la unii indivizi la trecerea bolului fecal.
- **Fețele inferolaterale** – sunt convexe și răspund muşchilor ridicători anali, acoperiţi de fascia lor. Între ridicători și prostată se găsește porţiunea corespunzătoare a lamei sacrorectogenitopubiene. Lateral de ridicători se află prelungirile anterioare ale foselor ischioanale. Acest raport explică*posibilitatea deschiderii unui abces* prostatic sau periprostatic în fosa ischioanală, după ce perforează muşchiul ridicător. Tot aşa se explică*fenomenele vezicale* în cazul flegmoanelor ischioanale. La unirea fețelor inferolaterale cu baza se găsește hilul glandei, adică locul pe unde pătrund sau ies vasele ei.

- **Baza** – a fost comparată cu un acoperiş cu doi versanți, separaţi printr-o uşoară creastă transversală. Versantul anterior răspunde colului vezicii urinare, versantul posterior veziculelor seminale și ductelor deferente. Creasta transversală răspunde porţiunii fundului vezicii situate imediat înapoia colului. Creasta este ridicata de lobul mijlociu al prostatei care e cel mai frecvent interesat în hipertrofia glandei. Separând prin disecţie prostata de organele suprajacente, cele trei zone apar foarte desluşit. În zona anterioara se distinge orificiul intern al uretrei înconjurat de fibrele sfincterului vezicii. Zona mijlocie variază ca aspect. La copii și tineri e foarte redusă, la bătrâni ea se poate dezvolta foarte mult datorită hipertrofiei lobului mijlociu, care ridică trigonul vertical și mai ales buza posterioară a orificiului intern al uretrei. Uretra se deformează, orificiul e îngustat, iar micţiunea devine anevoioasă. Zona posterioară este de fapt o depresiune transversală, prin care pătrund în glandă ductele ejaculatoare. Vârful sau „ciocul prostatei" se sprijină pe diafragma urogenitală, de care aderă prin sfincterul uretrei. El se găsește sub linia ce trece prin marginea inferioară a simfizei pubiene, la 2 cm de aceasta și la 3 cm de anus.

Structura prostatei

Reamintim că prostata este învelită la exterior de *sfincterul uretrei* , iar în interiorul ei uretra este înconjurată de *sfincterul vezicii*. În afara sfincterului extern se găsește *fascia prostatei* sau *capsula periprostatică,* provenită din fascia pelviană viscerală. Toate aceste formaţiuni nu fac parte din prostată.

Structura prostatei este predominant glandulară.

Glandele prostatice formează parenchimul și sunt dispuse în mai multe grupe, separate în lobi.

Pe lângă glande , mai găsim o stromă musculo-conjunctivo-elastică, în care predomină fibrele musculare netede, particularitate care constituie o caracteristică a organului.

Prostata este o glandă de depozit, iar musculatura ei abundentă îndeplinește rolul biologic de a evacua extrem de rapid secreţia în timpul ejaculării.

Ontogenetic, funcţional și arhitectonic – glandele prostatice se grupează în patru lobi : *doi lobi laterali*, legaţi printr-un *istm,lobul mijlociu* și *lobul posterior.*

- ***Lobii laterali*** – drept și stâng – formează cea mai mare parte a glandei. Ei se găsesc pe laturile și înapoia uretrei, dedesubtul unui plan oblic care trece prin ductele ejaculatoare. Pe linia mediană posterioară ei determină șanțul deschis la fața respectivă.

- ***Istmul prostatei*** – este o punte glandulară subţire, situată înaintea uretrei, care leagă cei doi lobi laterali. Poate conţine ţesut glandular, dar cel mai deseori este

format numai din stroma conjunctivo-musculară. Sunt cazuri rare când istmul lipseşte. În aceste cazuri, uretra învelită în sfincterul vezicii se situează într-un jgheab de pe fața anterioară a prostatei.

❖ ***Lobul mijlociu*** – formează partea postero-superioară a glandei. El ocupă partea de bază situată înapoia colului vezicii și se întinde în jos până la planul ce trece prin ductele ejaculatoare. Acest plan e oblic, descendent de sus in jos, si dinapoi înainte. De remarcat că ductele ejaculatoare nu străbat de fapt substanţa glandulară, ci se insinuează între grupul de glande laterale și cel mijlociu. Sunt autori care înteleg prin „istm" lobul mijlociu.

❖ ***Lobul posterior*** – nu este omologat în nomenclatura anatomică, dar este recunoscut de clinicieni datorită marii importanțe pe care o are în patologie. Ocupă partea periferică postero-inferioară, depărtată de uretră, dar învecinată cu rectul.

❖ ***Parenchimul*** – este format din două tipuri de glande, care după mărimea și situaţia lor topografică sunt :

- *glandele periuretrale* – mici, mucoase, lipsite de canalicul sau cu un canalicul foarte scurt, sunt situate in ţesutul din jurul uretrei. Se deschid prin mici orificii dispuse circular pe pereţii uretrei, deasupra colicului seminal. Aceste glande sunt subjacente sfincterului vezicii, care le separă de glandele propriu-zise.
- *Glandele prostatice* – sunt de tip tubulo-alveolar, lungi și puternic ramificate. Sunt în număr de 30-50, dar canalele lor excretoare se pot uni, astfel că până la urmă rezultă 15-20-30 canalicule prostatice. Acestea se deschid prin nişte orificii punctifirme, situate – cele mai multe – în sinusurile prostatice, care flanchează colicului seminal. Glandele propriu-zise sunt situate în afara sfincterului vezicii. Sunt formate dintr-un canal excretor și dintr-un segment secretor. Acesta din urmă are formă alveolară cu un epiteliu uni- sau bistratificat, în raport cu starea funcţională. Aceste glande sunt atât formaţiuni secretorii, cât și depozit al lichidului prostatic.

❖ ***Stroma fibro-musculară*** – caracteristic pentru structura prostatei este prezența unei importante componente de musculatură netedă – atât în structura capsulei și a septelor dependente de ea, cât și în cea a stromei interglandulare. Substanţa musculară constituie circa 1/3 din masa totală a glandei.

La suprafaţă, prostata posedă un strat de ţesut conjunctiv dens, care conţine numeroase fibre elastice și un mare număr de celule musculare netede. Este capsula proprie, capsula de organ, care nu trebuie confundată cu capsula periprostatică (aceasta din urmă provine din ţesutul conjunctiv pelvisubperitoneal). De pe fața profundă a capsulei proprii se desprind

septe sau travee despărțitoare conjunctivo-musculo-elastice, care împart parenchimul glandular în lobuli.

Un lobul corespunde unei glande prostatice propriu-zise. Septele se întâlnesc într-un nucleu central, care este străbătut de ductele ejaculatoare și utricului prostatic; uretra se găsește înaintea lui.

Stroma interglandulară e formată din puternice fascicule de celule musculare netede, întrețesute cu fibre colagene și elastice.

Fiziologia prostateisaufuncţiile prostatei

Glandele prostatice produc un lichid lăptos, fluid și tulbure care constituie cea mai mare parte a spermei. Au un miros care dă mirosul specific ejaculatului. Reacţia slab alcalină a secreţiei prostatice, favorizează motilitatea spermatozoizilor. Este bogată în fosfataza acidă, acid citric, zinc. Enzimele (fibrinogenază, fibrinoliză, veziculază), au un rol important pentru fluidificarea ejaculatului și prin aceasta permit spermatozoizilor să-și desfășoare motilitatea. Lichidul prostatic poate fi obţinut prin exprimarea glandei prin masaj rectal.

Lichidul prostatic este depozitat in glandele propriu-zise, mai ales în segmentul lor alveolar, și de aici este expulzat în timpul ejaculării printr-o contracţie puternică a substanţei musculare, căreia i se adaugă și acţiunea muşchilor perineali.

Prostata ar avea rol genital. Extirparea ei, (cel puţin la animale), le reduce capacitatea reproducătoare.

După vârsta de 20-25 de ani în alveolele prostatice se constituie concreţiuni formate din straturi concentrice, uneori calcifiate numite simpexioni sau corpi amilacei, care constituie aşa – numitul „nisip prostatic”. Sunt formaţi din proteine (cristale de sparmină) și numărul lor crește odată cu înaintarea în vârstă.

Prostata este o glandă hormonodependentă fiind puternic influenţată de hormonii sexuali. Prezentă la naştere, ea se dezvoltă „exploziv” la pubertate. În decursul vârstei adulte, lobii laterali sunt stimulaţi de producţia de testosteron, pe când lobul mijlociu și glandele periuretrale stau sub influența estrogenilor. Odată cu înaintarea în vârsta, in condiţii obişnuite, scade producerea de testosteron și prostata se atrofiază. Această atrofie senilă interesează întreg organul, atât componenta glandulara, cât și cea musulo-conjunctivă.

Daca odată cu diminuarea secreţiei de testosteron se instalează o creştere a nivelului estrogenilor, se va produce „hipertrofia de prostata”. Aceasta interesează în special glandele periuretrale și lobul mijlociu. În schimb, o creştere a concentraţiei de testosteron produce cancerul de prostată, care cuprinde mai ales lobul posterior.

De aici se desprinde aplicaţia practică a hormono-influențării tumorilor prostatei: adenomul se tratează cu testosteron, iar cancerul cu estrogeni și castrare.

Vascularizaţia și inervaţia prostatei

Arterele provin din arterele vezicalele inferioare si rectalele mijlocii. Din acestea se desprind ramuri capsulare și trabeculare, ambele emit arteriole care se capilarizează în jurul glandelor.

Venele provenite din această reţea capilară urmează un traiect paralel, însă invers arterelor. Ele se deschid în largul plex venos prostatic, care înconjoară glanda și se varsă înapoi în vena ruşinoasă internă.

Limfaticele se formează din plexuri perialveolare, ajung la un plex periprostatic și de aici la nodurile iliace externe, interne și sacrale.

Nerviiprovin din plexul nervos prostatic, situat pe fețele posterioară și laterală ale glandei. Plexul nervos prostatic provine din plexul hipo-gastric inferior (plex mixt: simpatic și parasimpatic). Nervii merg de-a lungul vaselor și se termină prin fibre senzitive, secretorii și motoare.

Obiectiv 2

Adenomul de prostată- Prezentare generală a afecțiunii

. **A) Definiție**

Adenomul de prostată, cunoscut și sub numele de adenom periuretral sau hipertrofic de prostată, este definit clasic ca o tumoră benignă, dezvoltată din glandele periuretrale situate submucos, supramontanal, prespermatic și intrasfincterian (înăuntrul sfincterului neted).

Din această definiţie rezultă că originea glandulară a tumorii nu este contestată, dar este acceptată în alt sens decât s-ar deduce din termenul de adenom de prostată.

Această idee a apărut după ce s-a observat că după enuclearea adenomului pe cale transvezicală, prostata propriu-zisă persista, împreună cu canalele ejaculatorii.

Studii mai recente arată că glandei prostatice i se pot recunoaşte doua porţiuni : cranială si caudală. Limita dintre acestea ar fi un plan care trece prin orificiile canalelorejaculatorii. Prostata cranială provine din partea terminală a canalelor Wolff și Muller, cea caudală - din sinusul urogenital. Având embriologic origini diferite, răspund diferenţiat la stimuli hormonali și au patologie proprie.

- Prostata cranialș răspunde prin hipertrofia la stimuli estrogeni și din această porţiune se va dezvolta adenomul de prostată.
- Prostata caudală este sub dependența hormonală androgenică, se atrofiază sub estrogenoterapie și pe seama acesteia se dezvoltă cancerul de prostată.

În porţiunea cranială predominăelementele fibromusculare, iar în cea caudală cele epiteliale.

Prostata caudală, formată din doi lobi posterolaterali uniţi printr-o comisură posterioară, iar anterior prin lobul intermediar, va forma o pâlnie cu axul în jos și îndărăt, în care este cuprinsă prostata cranială. Aceasta are formă de prismă, cu baza în sus și înconjura uretra supramontanala. Este formată din trei grupe glandulare, unele situate intrasfincterian, altele extrasfincteriene (formând lobul prespermatic) și a treia categorie situată în jurul canalelor ejaculatorii (lobul intermediar).

B) Clasificare

Evoluția naturală a adenomului de prostată permite clasificarea în 3 stadii:
- adenomul microscopic
- adenomul macroscopic
- adenomul de prostată clinic (manifest).

Atitudinea terapeutică în cazul acestei afecțiuni diferă. Astfel că se poate institui tratament medical sau chirurgical sau tratament preventiv și de supraveghere.

C)Etiologie

Nu se cunoaşte in mod precis cauza hipertrofiei porţiunii craniale a prostatei. Au fost invocaţi mai mulţi factori :
- congestia venoasa pelvina;
- ateroscleroza;
- inflamaţiile cronice ale prostatei;
- excesele sau absența sexuală.

În cazul aterosclerozei s-a crezut că arterele prostatei caudale fiind afectate, procesul va avea ca urmare atrofia acesteia, în vreme ce prostata cranială, bine vascularizată, se va dezvolta mai amplu, ducând la hipertrofie.

Mai plauzibilă este ipoteza care corelează apariţia adenomului de perturbările hormonale legate de vârstă.

În acest sens se ştie că evoluţia, dezvoltarea și secreţia prostatei, ca și a veziculelor seminale, sunt sub dependență hormonală hipofizo-testiculară. Hipofiza (sub dependență neuro-hipotalamică) secretă gonadotrofinele A si B .

Gonadotrofina A, hormon foliculino-stimulant, are sub dependență tubii seminiferi (celulele Sertoli) și determină hipertrofia prostatei craniale.

Gonadotrofina B controlează dezvoltarea și activitatea celulelor Leydig, ce stimulează secreţia androgenică.

Involuţia testiculară legată de vârstă rupe echilibrul hormonal, lăsând să predomine secreţia estrogenică, ceea ce va duce la hipertrofia prostatei craniale. Cu toate progresele și argumentele aduse în sprijinul patogeniei hormonale a adenomului, tratamentele endocrine încercate nu au dus la nici un rezultat terapeutic valabil.

D)Simptomatologie

Prin importanța și evoluţia sa, adenomul constituie un obstacol în evacuarea urinii. Lobul median, congestia pelvină, edemul mucoasei și submucoasei, ca și scleroza ţesutului conjunctiv din jurul colului accentuează și mai mult disectazia. Presiunea din vezică creste de la 20-40 cc apă la 50-100 cc apă. Pentru a învinge rezistența, fibra musculară se hipertrofiază. Peretele vezical apare îngrosat, iar conturul festonat. Expresia cistoscopica a hipertrofiei musculare este aspectul de „celule si coloane", iar clinic apar polakiuria, cu micţiuni imperioase și întârzierea declanșării micţiunii.

Porţiunea intramurală a ureterelor va fi comprimată, ceea ce duce la staza cu dilataţie suprajacentă.

Cum obstacolul este acelaşi sau se accentuează progresiv, fibra musculară se decompensează și conţinutul vezical nu mai este evacuat în întregime. Apare reziduu vezical, deci retenţia cronică incompletă, polakiuria devine și diurnă și se accentuează progresiv. Staza vezicală poate duce la forţarea orificiilor uretrale, determinând refluxul vezico-uretral.

Insuficiența renală este consecinţa stazei uretero-pielice, iar infecţia îi agravează evoluţia.

Manifestări clinice

Clinic, adenomul de prostată evoluează in trei faze :

a) faza de prostatism;
b) faza de retenţie cronică fără distensie;
c) faza de retenţie cronică incompletă cu distensie.

a) **faza de prostatism** – se caracterizează prin manifestări premonitorii. În mod obişnuit suferinţa clinică este legată de evoluţia unui adenom ce apare în jurul vârstei de 60 ani și mult mai rar, înainte de aceasta, cunoscându-se totuşi cazuri operate în jurul vârstei de 40 ani. Polakiuria nocturnă, în a doua jumătate a nopţii, disuria, diminuarea forţei jetului urinar, marchează debutul afecţiunii. După predominanța și intensitatea unora din manifestările simptomatologice, se pot recunoaşte trei forme clinice :

- polakiuria moderată nocturnă (1-2 micţiuni) ce apare în a doua jumătate a nopţii, însoțită de diminuarea forţei de proiecţie a jetului. Durata micţiunii este mai prelungită. Dimineaţa, după trezire, apar două micţiuni apropiate, apoi, în cursul zilei, tulburările micționale dispar. Acest aspect corespunde de obicei unui adenom mai ferm, de consistența unei mingi de tenis;
- evoluţia clinică se caracterizează prin perioade de exacerbări ale polakiuriei nocturne (4-5 micţiuni) de durată variabilă, legate mai ales de excese alimentare, de ingestia de băuturi alcoolice, de păstrarea îndelungată a poziţiei sezând, la suprimarea cărora totul intră în normal sau aproape normal. De cele mai multe ori la aceşti bolnavi se găsește un adenom de volum mare, edematos, moale;
- suferinţa clinică este dominată de disurie. Controlul rectal arată, de cele mai multe ori, un adenom mic și deseori explorările evidențiază un lob median.

In faza de prostatism, pe lângă simptomele enunţate se mai pot observa : senzaţia de corp străin in rect, erecţii si poluţii nocturne.

b) faza de retenţie cronică, incompletă, fără distensie, sau stadiul II – se caracterizează prin apariţia reziduului vezical care nu va depăși capacitatea normală a vezicii urinare. Clinic, pe lângă manifestările din prima fază, apare polakiuria diurnă, iar ureea sanguină va începe să crească ajungând la 1g/1.000. Din momentul apariţiei stazei urinare, deci și a reziduului vezical, funcţia renală va fi afectată. În afară de manifestările urinare se pot observa : inapetenţă, anemie, cefalee, ameţeli legate de gradul de insuficienta renala. Vezica urinară nu se palpează suprapubian, dar poate fi percepută prin tact rectal bimanual. Cantitatea de urină restantă după micţiune poate fi evaluată prin sondaj vezical sau poate fi pusă în evidență prin cistografie urografică postmicțională.

c) În faza de retenţie incompletă cu distensie – reziduul vezical depășeste 300 ml, putând ajunge capacitatea anatomică maximă a rezervorului.
Pe lângă manifestările urinare, apar și cele de ordin general.

Manifestări urinare– polakiuria și disuria se accentuează atât ziua cat și noaptea. Bolnavul poate deveni un fals incontinent datorita creşterii reziduului vezical.

Falsa incontinență este datorată micţiunii prin prea plin. Aceasta este mai întâi nocturnă, apoi diurnă. Nu apare la toţi bolnavii din acest stadiu.
La examenul regiunii hipogastrice se palpează globul vezical. Urina, daca nu este infectată, are aspect palid, datorită pierderii puterii de concentrare a rinichiului. Aceasta este explicaţia și a unui grad mai mult sau mai puţin accentuat de poliurie.

Manifestări de ordin general – sunt legate de gradul de insuficiență renală.
Se pot observa paloare, sete, uneori edeme ale membrelor inferioare.
Nu rareori se observă apatie, somnolență (formă nervoasă) sau inapetenţă, greață, limbă uscată.
Ureea sanguină poate fi cuprinsă între 1-3/1.000 sau mai mult.
În cursul evoluţiei unui adenom de prostată sunt frecvent întâlnite manifestările cardio-vasculare.
Ele pot fi sistematizate în ; cardiopatii ischemice, cu tulburări de ritm și de conducere, hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă.

E)Diagnostic

Diagnosticul pozitiv se bazează pe :

- ***Manifestările clinice*** – identificate la consultul urologic:
  - senzaţia de greutate perineală sau rectală după poziţia șezândă prelungită;
  - dureri sacrate sau sacroiliace, dureri la nivelul glandului;
  - scurgeri uretrale după defecaţie;
  - hemospermii;
  - hematurii, mai ales cu caracter iniţial;
  - polakiurie în a doua jumătate a nopţii și care evoluează în crize;
  - incontinență de urină;
  - manifestări de insuficiență renală cronică;
  - retenţie acută de urină;

- ***Tuşeul rectal*** arată :
  - formaţiune tumorală, bine delimitată, de consistență elastică, cu suprafaţa netedă, nedureroasă, ce proemină pe peretele anterior al rectului;
  - peretele rectal nu aderă la formaţiune;
  - lobii pot avea dezvoltare inegală;

- există situaţii când la tactul rectal nu se percepe adenomul, cu toate că suferinţa clinică este caracteristică și apare la „vârsta adenomului”.

Diferenţierea de o prostatită acută este relativ uşoară, date fiind antecedentele infecţioase, starea febrilă, durerea și sensibilitatea glandei la tactul rectal.
Mai dificilă este problema diferenţierii unor noduli de adenomită de cei canceroşi. Pentru noduli neoplazici ar pleda duritatea lemnoasă, evoluţia rapidă și vârsta pacienţilor.
Mai greu de afirmat este natura malignă a unor noduli mai profunzi, intralobulari. Incertitudinea și prudența vor impune întotdeauna puncţia biopsică.

- ***Explorări paraclinice*** – un examen specific este determinarea PSA-ului (antigen specific prostatei) ale cărui valori crește în adenomul de prostată și în cancerul de prostată.
  Examene din sânge recomandate în adenomul de prostată :
  - PAP = fosfataza acidă specifică prostatei;
  - PSA = antigen specific prostatei; valori normale :
    0-3 nanograme
    între 3-9 nanograme – cancer de prostată

  PAP și PSA – cresc în adenomul de prostată.
  Odată precizat diagnosticul de adenom de prostată, se impun unele explorări în vederea evaluării răsunetului obstacolului subvezical asupra aparatului urinar și a precizării existentei unei complicaţii. Date fiind vârsta la care evoluează adenomul și mai ales daca se pune problema indicaţiei operatorii va trebui sa avem în vedere evaluarea cât mai exactă a unor afecţiuni concomitente. Electrocardiograma, testele de coagulare, probele hepatice și radiografia pulmonară vor permite un bilanţ general sumar, pentru a evita unele surprize în evoluţia postoperatorie. În acelaşi context se înscrie controlul funcţiei renale prin determinarea ureei sanguine, creatininemiei, ionogramei și diurezei, date obligatorii înaintea efectuării urografiei.

- ***Urografia standard*** – fara compresiune, cistografia, cistouretrografia micțională, vor permite aprecierea modificărilor uretro-pielo-renale legate de existența adenomului. Modificările aparatului urinar superior sunt în mod normal simetrice, dat fiind obstacolul situat subvezical. Expresia lor poate merge de la simple ectazii ureterale inferioare, cuduri uretrale, ureterohidronefroze până la mutism renal. Asimetria funcţională și anatomică, eventual mutismul renal unilateral, pot fi

produse de : un diverticul sau calcul inclavat într-o celulădin apropierea orificiului uretral, tumoare vezicală în sediul periorificial, neoplasm de prostată sau afecţiuni uretero-pielo-renale preexistente sau concomitente cu evoluţia adenomului. La partea inferioară a cistografiei se poate observa imaginea adenomului evoluând spre cavitatea vezicală și acoperită de opacitatea acesteia.
Marginea superioară a adenomului poate fi convexă sau lobii pot fi separaţi de o mică scobitură (șanț) marcând limitele lor. Lateral se observă cele două uretere orizontale sau „în cârlig de undiță". Pe linia mediană sau pediculat pe unul din lobi, se poate observa imaginea lacunară dată de lobul median, ceea ce poate pune problema diferenţierii de imaginea dată de o tumoră sau calcul vezical. Importanța acestor imagini va fi apreciată în funcţie de volumul și dezvoltarea adenomului spre vezică. De reţinut că în cazul unui adenom cu evoluţie joasă, deformările conturului inferior al vezicii sunt nesemnificative. Conturul vezical festonat este expresia vezicii de luptă. Diverticulii verticali apar ca imagini supraadăugate, dezvoltate mai mult spre partea inferioară a vezicii. Intensitatea scăzuta a opacității vezicale poate sa fie datorită diluării contrastului într-o vezică în retenţie.

- ***Controlul radiologic*** al reziduului, scintigrafic sau prin echografie, este deosebit de util, dar nu se pot face afirmaţii asupra importanței acestuia. Imaginile cu peretele vezical subţire, semnifică o vezică în retenţie cu distensie cronică.

- ***Uretrocistografia*** retrogradă, este justificată în contextul unor disurii la care examenul clinic și urografic nu au dus la identificarea unor cauze obiective.

- ***Uretrografia de profil*** – arata alungirea uretrei supramontanale, închiderea unghiului anterior si deformarea ei in „lama de sabie", iar imaginea din fata evidentiaza eventualele devieri laterale prin dezvoltarea inegala a lobilor laterali.

- Orice explorare radiologica va fi precedata de o radiografie reno-abdominala fara substanţa de contrast. explorarea permeabilitatii uretrale prin cateterism trebuie făcuta cu cea mai mare prudenta, datorita riscului unor leziuni traumatice si infecţioase.

- ***Uretroscopia*** – arata de asemenea alungirea uretrei posterioare, tendinţa ca pereţii laterali sa bombeze spre lumenul uretral, precum si deformarea in foseta a peretelui posterior supramontanal.

- ***Cistoscopia*** – are indicaţii restrânse : hematurie de etiologie si origine incerta, piurie inexplicabila, simptomatologie de adenom fara ca examenul local sa explice

suferinţa clinica. Se pot evidenţia : prezenta de calculi, tumori vezicale, leziuni ce pot scăpa la examenul radiologic. Colul vezical nu mai apare circular si concav, ci este delimitat de o buza posterioara, convexa si de doua laterale (tot convexe, spre lumenul uretral) ce se unesc anterior, iar in jos se întâlnesc cu extremitatile laterale ale celei inferioare dând aspectul „au rideau de fenetre". Orificiile uretrale se vad odată cu buza posterioara a colului vezical (semn precoce de adenom de prostata)

F)Evoluţia adenomului

In cursul evoluţiei unui adenom de prostata trebuie sa remarcam ca :

- nu exista paralelism intre volumul adenomului si tulburările clinice;
- din stadiul de tulburări premonitorii tabloul clinic nu evoluează in mod obligatoriu spre celelalte stadii;
- existenta unui reziduu constant de peste 100ml trebuie sa sugereze evoluţia a la longue spre insuficienta renala;
- retenţia acuta de urina poate sa apară in oricare din stadiile evolutive ale maladiei;
- complicaţiile septice sunt mai grave la cei cu retenţie cronica.

G)Tratamentul

Tratamentul medical

Tratamentele medicale nu fac decât sa amelioreze unele tulburări funcţionale, in contextul unor puseuri congestive pelviene care exacerbează polakiuria si disuria fara sa influenţeze evoluţia adenomului.

Printre cele mai cunoscute sunt băile calde pelvine, urmate de microclisme cu Antipirina (1g Antipirina la 70g apa calda), supozitoare (după formula : Ihtiol 0,25 g, Papaverina 0,04 g excipient pentru un supozitor), aplicate seara, înainte de culcare.

Se mai utilizează preparate ce conţin extracte orhitice si prostatice desalbuminate (Prostamen, Prostagut), sau extracte din produse vegetale (Pygemin africanum) sub diverse denumiri (Tadenan, Harzol, Bazotou).

In acelaşi context se înscriu evitarea poziţiei sezande prelungite, a frigului, a umezelii, a picanteriilor, a băuturilor alcoolice si a apelor minerale.

Toate aceste procedee isi găsesc justificarea la bolnavii din faza de prostatism sau la cei cu reziduu sub 50 ml, cu urini clare si fara dilataţii ale aparatului urinar superior verificate urografic.

Tratamentele hormonale

Tratamentele hormonale încercate nu si-au justificat utilizarea .

Androgenoterapia determina hipertrofia prostatei si poate sa biciuiască unele cancere oculte, de aceea aplicarea lor este interzisa.

Folosirea estrogenilor, chiar in doze mici, nu-si gaseste justificarea datorita tulburărilor secundare induse (sexuale, cardiace sau hepatice).

Progestativele de sinteza (Depostal) nu au indreptatit speranţele.

Tratamentul chirurgical

Cu toate ca cele mai bune rezultate se obţin la pacienţi rezistenţi, cu urini clare si uretra permeabila, indicaţiile operatorii sunt de cele mai multe ori puse in contextul unor complicaţii. Cea mai acceptata sistematizare a acestor indicaţii este următoarea (Mihon, 1971) :

a) indicaţii de necesitate;
b) indicaţii de protejare a aparatului urinar superior
c) indicaţii relative.

a) <u>indicaţii de necesitate</u> :
   - retenţiile acute de urina se repeta tot mai frecvent;
   - retenţiile cronice complete;
   - hematuriile de origine prostatica ce antrenează retenţii de urina si se stăpânesc greu;
   - adenomite;
   - reziduu limpede peste 100 ml;
   - reziduu vezical infectat (indiferent de volum);
   - adenom cu noduli duri ce ridica suspiciunea degenerării maligne sau a coexistentei unui adenom cu cancerul de prostata.

b) <u>indicaţiile de protejare</u> a aparatului urinar superior :
   - distensia cronica a vezicii urinare;
   - vezica „forţata" cu celule multiple sau diverticuli vezicali asociaţi unei disurii marcate;
   - litiaza vezicala asociata;
   - alterarea progresiva a probelor funcţionale renale;
   - dilataţii ale aparatului urinar superior verificate urografic.

c) <u>indicaţii relative</u> :
   - importanta tulburărilor funcţionale sau exacerbarea acestora la abaterea de la regimul recomandat;

- persistenta suferinţei clinice cu tot tratamentul medical respectat de către pacient;
- polakiuria si micţiunile imperioase ce împiedica o viata sociala normala;

Se intelege ca indicaţiile operatorii vor impune un bilanţ general al stării de sănătate a bolnavului cu accentul pe aparatul cardiovascular, respirator, ficat, sistem nervos.

Intervenţia chirurgicala in doi timpi, cu toate ca nu mai are frecventa de altădată, poate fi păstrata cu indicaţii restrânse cum ar fi vârsta înaintata, marii infectaţi sau la cei cu distensie urinara.

Cistotomiei definitive i se prefera astăzi sondele autostatice de tip Foley ce trebuie bine intretinute si schimbate periodic.

Adenomectomia, intervenţie benigna s-a impus ca singura soluţie terapeutica eficace.

H)Complicaţiile adenomului de prostată

Evoluţia unui adenom de prostata poate fi grevata de numeroase complicaţii : retenţia acuta de urina, hematuria, infecţia, calculoza, degenerarea maligna, insuficienta renala, diverticuloza vezicala.

Retenţia de urina

Poate surveni in oricare din fazele evolutive ale adenomului de prostata. Considerata de unii ca un incident, retenţia acuta poate fi urmata de serioase consecinţe ca eclatarea vezicala si uremia acuta.

Poate sa apară in mod brusc sau sa fie precedata de accentuarea disuriei.

Excesele alimentare, a băuturilor alcoolice, umezeala, intemperiile, sunt factori care pot duce la retenţia acuta de urina. Bolnavul devine agitat, acuza dureri hipogastrice, tenesme vezicale si rectale. Senzaţia de micţiune imperioasa accentuează si mai mult starea de nelinişte a bolnavului. Uneori se pot elimina câteva picături de urina. Vezica ramane plina.

Odată retenţia acuta apăruta, va impune unul din gesturile terapeutice in funcţie de existenta complicaţiilor si a coexistentelor morbide : deblocarea farmacodinamica, puncţie suprapubiana, cistotomie suprapubiana. Alegerea fiecărui procedeu se va face in funcţie de locul unde este surprins bolnavul, de dotarea si de condiţiile existente. Cum cel mai frecvent utilizat este cateterismul uretro-vezical va trebui sa avem in vedere posibilitatile evolutive ale unei retenţii acute de urina, după rezolvarea accidentului de retenţie :

- reluarea micţiunilor, bolnavul reintrând in faza evolutiva in care era înainte de episodul acut;

- sa treacă eventual faza de prostatism in una din fazele cu retenţie cronica incompleta de urina;
- accidentele de retenţie acuta sa se repete tot mai frecvent;
- sa devină un bolnav cu retenţie cronica completa.

Retenţiile cronice incomplete de urina sunt considerate modalitati si faze evolutive ale adenomului.

Hematuria

In general, adenomul de prostata nu sângerează prea des, ceea ce impune prudenta in interpretarea originii acesteia.

Hematuria de origine prostatica este de obicei iniţiala, indolora, redusa cantitativ, dar poate fi si abundenta, cu caracter total.

Ea provine din rupturile vasculare ale mucoasei care acoperă adenomul, sau poate sa apară după un cateterism evacuator.

Hematuria cu caracter total trebuie considerata ca o complicaţie si necesita explorări cat mai complete (cistoscopie, urografie etc.) pentru a se preciza originea si natura ei.

Prin abundenta sau retenţie acuta cu cheaguri, hematuria poate sa impună adenomectomia de urgenta. In cursul intervenţiei se poate remarca importanta congestiei si ectaziei vasculare a mucoasei vezicale ce acoperă adenomul.

Infecţia

Se poate grefa in oricare segment al aparatului urogenital.

Infecţia adenomului - adenomita – este un accident serios in cursul evoluţiei adenomului. Poate îmbrăca aspectul unei infectii acute sau cronice. In cazul evoluţiei acute, apar febra, frisoane, leucocitoza, bolnavul acuza dureri si senzaţie de greutate perineala cu iradiere spre gland, disuria se accentuează ducând rapid la retenţie de urina.

La tuşeul rectal se remarca sensibilitatea adenomului, care poate prezenta in unul din lobi (mult mai rar in ambii lobi) o zona mai bombata, de consistenta mai ferma sau fluctuenta. Evoluţia formelor colectate poate fi spre închistare sau spre deschiderea in rect sau uretra. Uneori, in cursul adenomectomiei, se pot găsi abcese închistate in jurul sau in masa adenomului.

Evoluţia spre cronicizare poate sa fie urmarea unui proces acut, insuficient tratat sau sa aibă o evoluţie torpida de la început. Adenomul devine dur si scleros, făcând dificila deosebirea dintre adenom si cancerul de prostata. Prostata in totalitate devine fixa si ferma.

Puncţia biopsica este cea care precizează diagnosticul.

In formele acute se impune antibioterapia masiva si eventual cistotomia, urmând ca adenomectomia sa se facă in al doilea timp .

Cistita

Cistita nu mai are frecventa de altădată, pe de o parte datorita precizării indicaţiilor de tratament, iar pe de alta parte, datorita posibilitatilor actuale de combatere a infecţiilor.

Se cunosc trei forme clinice : forma uşoara, intensa si grava.

Germenii mai frecvent intalniti sunt : stafilococul, flora gram-negativa (Escherichia coli, Proteus) sau asocierile microbiene.

Tratamentul infecţiei trebuie sa fie precoce si intens. Adenomectomia se impune înainte de apariţia recidivelor. Formele grave pot impune, concomitent cu tratamentul medical si cistotomia temporara.

Epididimita

Epididimitele sunt mai frecvente. Infecţia se propaga pe cale canaliculara. Apare deseori la cei la care s-a practicat cateterism uretral dar poate apărea si spontan. Evoluţia spre abces nu este exclusa. Se impune tratament energic cu antibiotice pe cale generala sau locala. Drenajul colecţiei, epididimectomia sau castraţia pot deveni necesare in anumite împrejurări.

Pielonefrita

Pielonefritele pot evolua acut, subacut si cronic. Tabloul clinic este al unei infecţii urinare care devine grava când afecţiunea este bilaterala. In etiologia lor se notează : staza legata de obstacolul la nivelul joncţiunii uretero-vezicale sau refluxul urinei infectate din vezica.

Drenajul urinei vezicale este obligatoriu la cei cu retenţie cronica. Tratamentul cu antibiotice sau chimioterapice este cu atât mai eficace cu cat este instituit mai precoce.

Diverticulii vezicali

Sunt produşi de hernierea mucoasei vezicale in cursul distensiei cronice. Pot fi unici sau multipli, de volum variat. Sediul lor se afla mai frecvent in jurul orificiilor uretrale, pe feţele

laterale si mult mai rar in partea superioară a vezicii. Micţiunea in doi timpi este manifestarea caracteristică, dar este dificil de pus in evidență la aceşti bolnavi.

Diagnosticul de certitudine îl pun cistoscopia si mai ales cistografia retrogradă din față si profil.

Tratamentul depinde de dimensiunea lor; pentru diverticulii mici, adenomectomia este suficienta; diverticulii mijlocii si mari putându-se opera in aceeaşi sedință cu adenomul.

Litiaza vezicala

Este mai puţin frecventa ca in trecut. Staza si infecţia, stau la originea calculilor vezicali. Micţiunile sunt dureroase si frecvente. Durerea iradiază mai frecvent in gland.

Micţiunea poate fi întrerupta când calculul obstruează colul si se poate relua la schimbarea poziţiei.

Diagnosticul se pune cu ajutorul cistoscopiei si al examenelor radiologice.

Tratamentul consta in rezolvarea calculilor in aceeaşi sedinta cu adenomul. Intervenţia in doi timpi nu-si mai are indicaţia decât in condiţiile unor piurii severe sau la vârstnici cu tare organice.

Insuficienţa renală

Este cea mai grava dintre complicaţii. Este fie consecinţa distensiei cronice a aparatului urinar superior, prin retenţie cronică de urină, fie a compresiunii lente a ureterului terminal datorită evoluţiei adenomului. Infecţia supraadăugată, agravând leziunile parenchimatoase, duce la insuficiență renală ireversibilă. Importanța acestei insuficiente renale poate contraindica adenomectomia.

Degenerarea malignă

In condiţiile actuale se consideră ca adenomul de prostată nu degenerează si ca acesta este mai degrabă invadat secundar de către cancerul dezvoltat iniţial in prostata caudală.

Obiectiv 3

Rolul autonom și delegat al asistentului medical în îngrijirea bolnavului cu adenom de prostată

Fișa tehnică numarul 1

Măsurarea și notarea tensiunii arteriale

- **Definiție**

Tensiunea arterial reprezintă presiunea exercitată de sângele circulant asupra pereților arteriali.

- **Scop:**

-evaluarea funcției cardio-vasculare
-evaluarea evoluție bolii
-recunoasterea complicațiilor
-stabilirea prognosticului

- **Locul**

-artera humerală

- **Materiale și instrumente necesare**

-sfigmamometru ,tensiometru electric
-stetoscop biauricular
-tampon cu vată +alcool(pentru dezinfecției membrane stetoscopului și a olivelor)
-creion sau pix de culoare roșie
-foaie de temperature

- **Metode de măsurare**

-metoda palatorie
-metoda auscultatorie

- **Pregatirea bolnavului**

- *Psihic :* se anunță bolnavul și se explică tehnica(în termini succinți și pe înțelesul lui;se explică etapele tehnicii)
- *Fizic:*repaus fizic și psihic

- **Execuție**

- asistenta își spală mainile

- bolnavul se așează în poziție comodă,cu brațul relaxat
- manometrul se fixează la nivelul arterei la care se face determinarea,se așează la vedere
- se fixează membrana stetoscopului pe artera humerală,sub marginea manșetei

Masurarea TA prin metoda ascultatorie

- se introduc olivele stetoscopului în urechi
- se închide supapa și se pompează aer în manșetă până dispar pulsatile
- se decomprimă manșeta progresiv prin deschiderea lentă a supapei până se percepe **primul zgomot** arterial care reprezintă **valoarea TA maximă (sistolică)**-se reține valoarea .
- se continuă decomprimarea până când **zgomotele dispar**=**valoare TA minima(diastolică).**Se reține valoarea.
- se îndepartează manșeta de pe brațul pacientului
- se dezinfectează olivele și membrana stetoscopului

Măsurarea TA prin metoda palpatorie

- Determinarea se face prin palparea arterei radiale .Nu se folosește stetoscopul biauricular.
- Etapele măsurării sunt identice metodei ausculatatorie
- Metoda are dezavantajul obținerii unor valorii mai mici decat în realitate
- Se obține numai valoarea ***TA maximă-sistolică***

❖ **Notare**

- Se notează cifric în caietul independent de observații clinice
- Se notează graphic în foaia de temperature valorile obținute cu o linie orizontală de culoare roșie socotind pentru fiecare linie a foii o unitate coloană de mercur ;linia superioară -valoarea maximă;linia inferioară-valoarea minima

- Uneori se notează cifric:TAmax=150mmHg;TAmin=75mmHg sau TA=150/75 mmHg

❖ **Interpretare**

- **Normal -**se obține 2 valori : TAmax(sistolică) și TAmin(diastolică)
- **Patologic -**Valori cresute=HTA.Valori scazute=hTA

❖ **Observații**

- Manometrul se fixează la nivelul arterei la care se face determinarea
- Se dezinfectează olivele și membrana stetoscopului după fiecare utilizare
- Măsurarea se face la același bolnav cu același aparat,în aceleași condiții
- Măsurarea se face în clinostatism și /sau ortostatism,dimineața și seara ,din oră în oră(în servicii ATI),la diferite intervale recomandate de medic
- În caz de suspiciune se repeat măsurarea fără a depărta manșeta

Valorile obținute se comunică, dar nu se discută rezulatatele cu bolnavul

Fișa tehnică numărul 2

Puncția venoasă

❖ ***Definiție***

Puncția venoasă reprezintă crearea unei căi de acces într-o venă prin intermediul unui ac de puncție.

❖ **Scop**

- **Explorator**(recoltarea sângelui pentru examene de laborator,introducerea substanțelor de contrast pentru investigații radiologice)
- **Terapeutic** (administrarea medicamentelor)

❖ **Locurile de elecție**

- Venele de la plica cotului(basilica și cefalica),venele antebrațului,venele de pe fața dorsală a mâinii,venele subclaviculare,venele femurale,venele maleolare interne,venele jugulare și epicraniene(sugar și copil mic).

❖ **Materiale necesare(în funcție de scop)**

- De protecție-pernă pentru sprijinirea brațului,mușama,aleza
- Instrumentar și materiale sterile(ace,seringi de mărimi diferite,holder cu ac dublu,vacutainere,fiole cu soluții medicamentoase,soluții perfuzabile,felxulă)
- Mănuși de unică folosință sau sterile,tampoane,garou,eprubete uscate și etichetate,cilindru gradat,tăviță renală

❖ **Pregatirea psihică-**se informează asupra scopului puncției,se obține consimțământul

❖ **Pregatirea fizică-**se așează într-o poziție confortabilă atât pentru pacient cât și pentru persoana care efectuează puncția(decubit dorsal)

❖ **Execuția tehnicii:**

- Asistentul medical spală,dezinfectează mâinile și îmbracă mănușile
- Aplică garoul la o distanță de 7-8 cm deasupra locului puncției
- Recomandă pacientului să strângă pumnul,vena devenind astfel turgescentă
- Palpează vena,dezinfectează tegumentul

- Fixează vena cu policele mâinii stangi
- Introduce acul cu bizoul în sus,în unghi de 30° după care longitudinal pe traiectul venei și verifică poziția acului în venă
- Continua tehnica în funcție de scopul urmarit
- Îndepartează staza venoasă,cere bolnavului să deschidă pumnul
- Aplică un tampon la locul punctiri și se retrage acul brusc
- Menține tamponul și se face compresiune 3-5 minute
- Aplică un plasture la locul punctiei

❖ **Reorganizarea locului de muncă**

Selectarea deșeurilor rezultate conform P.U:

- În sacul de culoare neagră:ambalajele din material plastic
- În sacul de culoare galbenă-deșeuri infecțioase-tampon,manuși,seringi fără ac
- În cutii galbene,cu pereții rigizi ,tăietoare-înțepatoare: acele folosite

❖ **Accidente**

- Hematom prin infiltrarea cu sânge a țesutului perivenos
- Perforarea venei(se retrage acul)
- Amețeli,paloare,lipotimie,colaps

Fișa tehnică numărul 3

Măsurarea, notarea si interpretarea pulsului

❖ **Definiţie**

- Pulsul reprezintă senzaţia de şoc percepută la palparea arterei superficiale pe un plan dur.
- Este presiunea exercitată de coloana de sânge sincron cu activitatea inimii percepută sub formă de şoc arterial sau pulsaţie.

❖ **Scop**

- Evaluarea funcţiei cardiovasculare.
- Stabilirea diagnosticului.
- Evaluarea evoluţiei bolii, a stării generale.
- Recunoaşterea complicaţiilor.

❖ **Elemente de apreciat**

- Ritm (regularitate).
- Frecvenţă (rapiditate).
- Amplitudine (intensitate).
- Tensiune (volum).
- Celeritate.

❖ **Locul măsurării**

- *Orice arteră accesibilă palpării ce poate fi comprimată pe un plan osos sau vârful inimii:* ***artera radială, artera carotidă, artera femurală etc.***

❖ **Materiale şi instrumente necesare**

- *Ceas cu secundar sau cronometru.*
- *Creion sau pix de culoare roşie.*
- *Foaie de temperatură.*

❖ **Metode de măsurare**

- Palpatorie.
- Auscultătorii.
- Monitorizare electronică (pe cardioscop).

❖ **Pregătirea bolnavului**

- ***Psihic****. Se anunţă pacientul şi se explică tehnica. O stare emotivă poate modifica valoarea.*
- ***Fizic****. Repaus fizic şi psihic 10-15 minute.*

❖ **Execuţie**

- ***Asistenta îşi spală mâinile.***

-Măsurarea pe artera radială:

- *Se reperează artera în şanţul radial (*în continuarea policelui*).*

- *Se fixează vârful degetele palpatoare* (index, medius, inelar) *pe traiectul arterei, radiale îmbrăţişând antebraţul cu policele.*

- *Se exercită o uşoară presiune asupra peretelui arterial şi se percep zvâcniturile pline ale pulsului* ***timp de 1 minut*** (se poate măsura şi timp de 15 secunde sau 30 secunde – pulsul regulat – iar valoarea obţinută se înmulţeşte cu 4 sau cu 2).

Măsurarea – *după aceiaşi tehnică* ***– se poate face şi pe alte artere.***

❖ **Notare**

- Se notează cifric în caietul independent de observaţii clinice – *se notează inclusiv ora, dacă pulsul a fost măsurat în frison, faciesul era roşu* etc.

- Se notează grafic în foaia de temperatură → pentru fiecare **linie orizontală** se socotesc **4 pulsaţii** – adică 4 valori / pătrat.
- *Prin unirea punctelor succesive se obţine* → **CURBA PULSULUI.**

❖ **Interpretare**

- Normal: *puls regulat, bine bătut, ritmic, sincron, celeric.*
- Patologic: *puls slab, imperceptibil, aritmic, asincron*
- *Frecvenţa → puls rapid –* ***tahicardic****, puls rar –* ***bradicardic****.*
- *Ritm → regulat, neregulat.*
- *Amplitudine → puls mic, filiform sau cu amplitudine crescută.*
- *Volum (tensiune) → puls dur sau moale.*
- *Celeritatea → puls săltăreţ (creşterea rapidă a tensiunii urmată de o cădere bruscă) sau puls tard (cădere lentă).*
- ***Frecvenţa normală în funcţie de vârstă:*** N.n. 140-120 p / minut. Adult 80-60 p / minut.

❖ **Observaţii**

- Măsurarea pentru valori exacte se face timp de 1 minut.
- Măsurarea se face numai după un repaus fizic şi psihic de 10-15 minute.
- Măsurarea se face dimineaţa şi seara, din oră în oră, la diferite ore .

Fișa tehnică numărul 4

Sondajul vezical

❖ **Definitie:** introducerea unei sonde sau a unui cateter prin uretră in vezica urinară, realizând o comunicare intre mediul intern al vezicii si mediu extern.

❖ **Scop:**

- explorator: recoltare de urina, depistarea unor modificari patologice ale uretrei si vezicii urinare.
- terapeutic: evacuarea continutului, procedee terapeutice prin sondă.

❖ **Materiale necesare:**

- de protectie : mușama si aleză;
- sterile:sondă urinară pentru evacuare simplă Nelaton sau permanenta Foley, lubrifiant steril, recipient pentru recoltare, ser fiziologic, seringa,pensă hemostatică, tampoane ,comprese, mănusi ,câmp.
- nesterile: materiale pentru toaleta organelor genitale, tavită renală, bazinet, paravan, pungă colectoare.
-oxicianura de mercur 1/5000 sau betadine,solutie medicamentoasa pt.lavaj

❖ **Pregătirea pacientului:**

psihică: se informează si se axplică necesitatea tehnicii,se obține consimțământul.
-fizică: se izolează patul cu paravan, se protejeaza cu musamaua si aleza, se aseaza pacientul in decubit dorsal cu genunchii ridicati si coapsele indepartate, se indepartează perna si pătura, se acoperă pacientul lăsând descoperită zona genitală, se așeaza bazinetul si se efectueaza toaleta organelor genitale externe, se indepărteaza bazinetul si se așeaza tăvița renală intre coapsele pacientului.

❖ **Execuția tehnicii:**

- asistenta spală mâinile si imbracă mănușile sterile, evidentiaza meatul urinar, dezinfecteaza orificiul uretral de sus in jos cu oxicianura de mercur;

- scoate sonda cu o pensa si o prinde intre degetele mediu si inelar al mâinii drepte;
- lubrifiază sonda cu lubrifiant steril
- cu vârful in sus sonda introduce in uretra 4-5 cm;
- primele picături se lasa sa curga in tavita renala apoi in recipiente in funcție de scop;
-se fixeaza ,se ataseaza la punga colectoare,daca este cazul
- extragerea sondei se face dupa pensarea orificiului extern prin aceleași mișcări

Ingrijirea pacientului: toaleta regiunii genitale, se imbracă si se așeaza comod in pat, se supravegheaza

Eprubetele cu urina recoltată pentru examene de laborator se etichetează și se transportă la laborator.

- **Reorganizarea**: indepartarea deseurilor

Notarea in F.O.: se notează tehnica si numele persoanei care a efectuat-o, cantitatea de urină recoltată, aspectul macroscopic al urinei.

Obiectivul 4

Procesul de îngrijire al unui pacient cu Adenom de prostată

a) Interviu

1) Informații generale

a) Numele și prenumele :T.I

b) Vârsta : 69

c) Starea civilă :căsătorit

d) Copii : 4

e) Profesia :pensionar

f) Localitatea de domiciliu : Iasi

g) Diagnosticul de internare :**Adenom de prostata**

h) Data internarii: 20.02 .2017

2)**Obișnuințe de viață :**

a) Consumator de :

- Alcool : ocazional
- Cafea : 1 pe zi
- Tutun : nefumator
- Droguri : nu

b) Dietă/regim de viață: alimentație normal

c) Alergii cunoscute : nu se știe

3) **Probleme de sănătate :**

a) Antencedente medicale personale :

-apendicetomie,amigdalectomie in urma cu 55 de ani;

-hidrocel stîng operat în iunie 2005.

b) Antecedente hederocolaterale:

-tatăl a avut adenom de prostată.

c) Motivele internării actuale :

-jenă la micțiune;

-polakiurie nocturnă;

-ușoară hematurie;

-stare de oboseală accentuată,amețeală

-durere în regiunea sacrată

d) Istoricul stării actuale

De aproximativ 7 luni pacientul acuză dureri in regiunea sacrată si sacroiliacă, dureri la nivelul glandului și o jenă,usturime la micțiune.Deasemenea acuză polakiurie nocturnă, incapacitatea de a goli complet vezica urinară.Recent a observat hematurie,cu caracter initial și scurgeri uretrale după defecație.

4)Examenul clinic general

a)Tegumente și mucoase: colorație normală
b) Greutate: 76 kg
c) Înălțime:1.80 cm
d)Țesut subcutanat :normal reprezentat
e) Sistem ganglionar și limfatic : la palpare nu decelăm ganglioni limfatici măriţi patologic
f) Aparat loco-motor: integru morfofuncțional
g)Aparat respirator :
– torace normal conformat

– respiraţie normală

h)Aparat cardio-vascular:

– şoc apexian în spaţiul V intercostal stâng pe linia medio claviculară

– matitate cardiacă normală

– zgomote cardiace ritmice, p=82/ min.

TA – 140/90 mm Hg, puls periferic palpabil

i) Aparat digestiv

– abdomensuplu participă la mişcări respiratorii

– la palpare profundă sensibil în epigastru, fără semne de iritaţie peritoneală. Ficat în limite normale.

– peristaltică intestinală prezentă

j) Aparat renal

-Tușeul rectal evidențiază o formațiune tumorală datorată măririi în volum a prostatei ,bine delimitată,de consistență elestică.

k)) Sistem nervos și organe de simț : orientat temporo spatial

5)<u>Investigații</u>

a. Examenul sângelui :

- VDRL = negativ;
- TGP = 15 u.i./ml.;
- TGO =23 u.i./ml.;
- glicemie = 85 mg. %;
- VSH = 8 mm./h.;
- PSA=9 ng/ml ;

Formula leucocitară: - neutrofile nesegmentate 1 %;
-neutrofile segmentate 57 %;
- euzinofile 3 %;
- bazofile 1 %;
- limfocite 27 %;
- monocite 7 %.
-

b. Examenul urinii

-densitate-1060
-pH-6,5
-prezent sediment
-prezente hematii

c. Alte examene de specialiate

-urografia standard evidențiază prezența adenomul de prostată cu marginea superioară convexă

6. Tratament medicamentos

-se administrează Xatral Ip 5 mg comprimate care este un antagonist selectiv al receptorilor postsinaptici alfa-1 adrenergici localizati in diferite zone ale prostatei. Blocarea acestor receptori determina o relaxare a muschiului neted la nivelului colului vezical si al prostatei, determinând o imbunatatire a fluxului urinar.

-se administreaza Paracetamol 500 mg ca antialgic

7.Epicriză și recomandări la externare

Nevoia fundamentală	Manifestări de independență	Manifestări de dependență	Surse de dificultate

După intervenția curativă și ameliorarea afecțiunii pacientul se externează cu recomandarea de a reveni la control la fiecare 6 luni pentru investigații ,cu respectarea indicațiilor medicale.

1.A respira și a avea o bună respirație	Respirație normală		
2.A bea și a mânca		Ingestie limitată de lichide,sete	Retenție urinară
3.A elimina		Polachiurie,disurie,retenție urinară,incontinență urinară	Adenom de prostată
4.A se mișca și a păstra o bună postură		Amețeli	Insuficiență renală
5.A dormi,a se odihni		Astenie,oboseală	Polakiurie nocturnă
6.A se îmbrăca și dezbrăca	Conform vârstei și anotimpului		
7.A menține tegumentele curate și îngrijite	Tegumente cu aspect normal		Stil de viață adecvat
8.A păstra temperatura corpului în limite normale	T=36,5℃		
9.A evita pericolele		Necesită supraveghere si tratament corespunzător; apariția complicațiilor.	Adenom de prostată
10.A comunica	Comunicativ,sociabil, limbaj adecvat,coerent		
11.A se realiza	Se consideră realizat familial și profesional		
12.A se recrea		Nu are suficiente modalitați de recreare	Spitalizarea
13.A învăța	Învață să se acomodeze cu noua situație		
14.A-și practica religia		Nu poate merge la biserică	Spitalizarea

b)Nevoile fundamentale după Virginia Henderson afectate la pacientul cu Adenom de prostată

c) Plan de îngrijire al bolnavului cu adenom de prostată

Data	Problema de îngrijire	Obiective de îngrijire	Intervențiile Aplicate (autonome și delegate)	Evaluarea Îngrijirilor
20.02	Durere în regiunea lombo-sacrată	Combaterea durerii Măsurarea funcțiilor vitale.	Se așează pacientul într-o poziție comodă; Se măsoară temperatura, pulsul, și tensiunea arterial și se notează în F.O. Se administrează 1 tb 500mg Paracetamol	Durerea a mai cedat în intensitate după administrarea analgezicului,dar persistă. t= 36,5 C P= 82 p/minut TA= 140/90 mmHg
20.02	Polakiurie nocturnă Disurie Hematurie	Combaterea polakiuriei,reducerea numărului de micțiuni; Stimularea diurezei Pregătirea pacientului pentru sondaj vezical	Se recomandă pacientului să evite poziția șezîndă și să se așeze in decubit dorsal pt. a evita presiunea asupra vezicii urinare; Se efectuează sondajul vezical in condiții de asepsie; Se administrează 1 tb Xatral LP 5 mg/zi	Se reduce numărul de micțiuni Se golește vezica urinară de conținutul rezidual D=1000ml

21.02	Oboseală accentuate datorată lipsei somnului	Diminuarea stării de oboseală Măsurarea funcțiilor vitale și vegetative	Se crează un climat de liniște,permițînd odihnirea pacientului Se administrează 1 tb Calmogen	Pacientul se simte mai odihnit dupa 2-3 ore de odihna t=36,8 TA=140/90 mmHg D=1200ml
21.02	Inapetență	Stimularea poftei de mîncare	Se administrează fructe și legume proaspete Se administrează medicamente pentru stimularea poftei de mîncare la indicația medicului	Pacientul nu prezintă nici o ameliorare semnificativă
21.02	Retenție urinară Disurie Ușoară hematurie	Pregatirea pacientului pentru urografie	Se testează pacientul la substanța de contrast,se introduce I.V Odiston 60 %,25 ml. Se pregătește psihic pacientul	Se efectuează cu succes urografia și se constată prostata mărită de volum.
21.02	Amețeli ,greață si varsături post urografie	Combaterea acestora	Liniștirea pacientului asigurîndul ca aceste simptome sunt tranzitorii ca urmare a administrarii substanței de contrast	Simptomele se ameliorează si dispar după o perioadă scurtă de timp.

22.02	Durei in regiunea hipogastrică Ușoară deshidratare	Combaterea acestora Reechilibrare hidroelectrolitică	Se aplică comprese calde la locul dureros Se hidratează pacientul cu ceai diuretic Se administrează Glucoza 5 % ,Vitamina B1,B6,C P.E.V Se administrează Xatral LP 1 tb,Calmogel 1 tb	Durerile se ameliorează,setea dispare și pacientul prezintă o stare de confort fizic și psihic
22.02	Disurie Stare de neliniște	Calmarea pacientului Efectuarea tratamentului indicat Pregatirea pentru externare	Se face educația pentru sănătate a pacientului Se asigură pacientul de profesionalismul echipei de îngrijire Se administrează Xatral LP 1 tb Algocalmin 2 tb Calmogen 1 tb	Starea generală se imbunătățește Se recomandă externarea la cerere cu respectarea tratamentului și a indicațiilor date de medicul curant Revine la control dupa 6 luni.

Obiectiv 5

Educația pentru sănătate la un pacient cu Adenom de prostată

Asistentul medical va explica pacientului că pot apărea complicații ulterioare dacă nu se respectă tratamentul medicamentos,tratamentul igieno-dietetic prescrise,că trebuie să evite pozitiile șezînde timp indelungat,să evite amînarea urinării cînd vezica este plină,exercițiile fizice care implică sărituri cînd vezica urinară e plină,fumatul și constipația.

Alimente care se pot consuma:

-alimente care conțin zinc(fructe de mare,radăcinoase)
-alimente pe bază de soia
-linte,porumb,nuci deoarece conțin acid glutamic care reduce inflamarea prostatei
-alimente ce conțin beta-caroten,vitamina C,E și magneziu

Alimente de evitat:

-produse lactate
-carbohidrați rafinați
-bauturi cu cafeină
-carnea roșie și carnea procesată
-cartofi prăjiți și cipsuri
-zaharuri
-alimente ce conțin grasimi saturate

Deasemenea este interzis consumul de alcool.

III.Bibliografie

1.Beldeanu L., Butoi D. – Selecţie de diagnostice şi procese nursing, Bucureşti, 2006.

2.Niculescu C. şi colab. – Anatomia şi fiziologia omului - Compendiu, Ed. Corint, Bucureşti, 2005.

3.Titircă L. – Ghid de nursing cu tehnici de evaluare şi îngrijiri corespunzătoare nevoilor fundamentale, Ed. Viaţa Medicală, Bucureşti, 2001.

4.Titircă L. – Îngrijiri speciale acordate pacienţilor de asistenţii medicali, Ed. Viaţa Medicală, Bucureşti, 2003.

5.Titircă L. – Manual de îngrijiri speciale acordate pacienţilor de asistenţii medicali, Ed. Viaţa Medicală, Bucureşti, 2000.

6.Titircă L. – Tehnici de evaluare şi îngrijiri acordate de asistenţii medicali, Ed. Viaţa Medicală, Bucureşti, 1997.

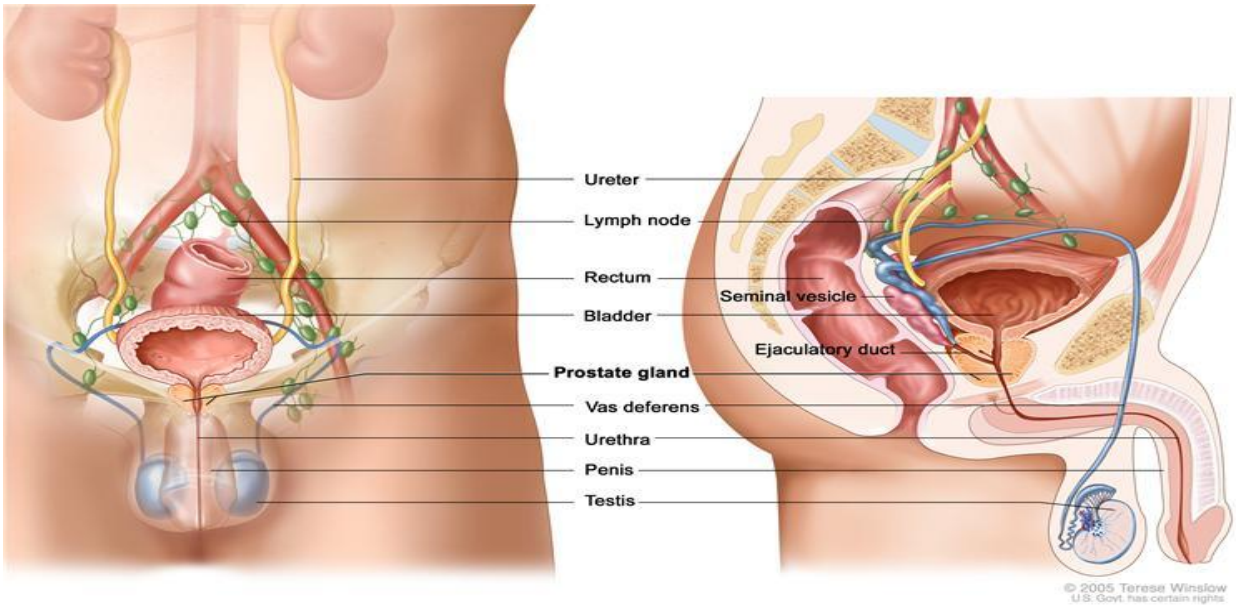
7.Papilian V. – Anatomie, vol. I, Bucureşti, 2000.

8.Internet – www.viatăşisănatate.ro

IV.ANEXE

Fig.1-Tușeu rectal

Fig.2-Aparatul urinar



© 2005 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights

Fig.3-Anatomia prostatei

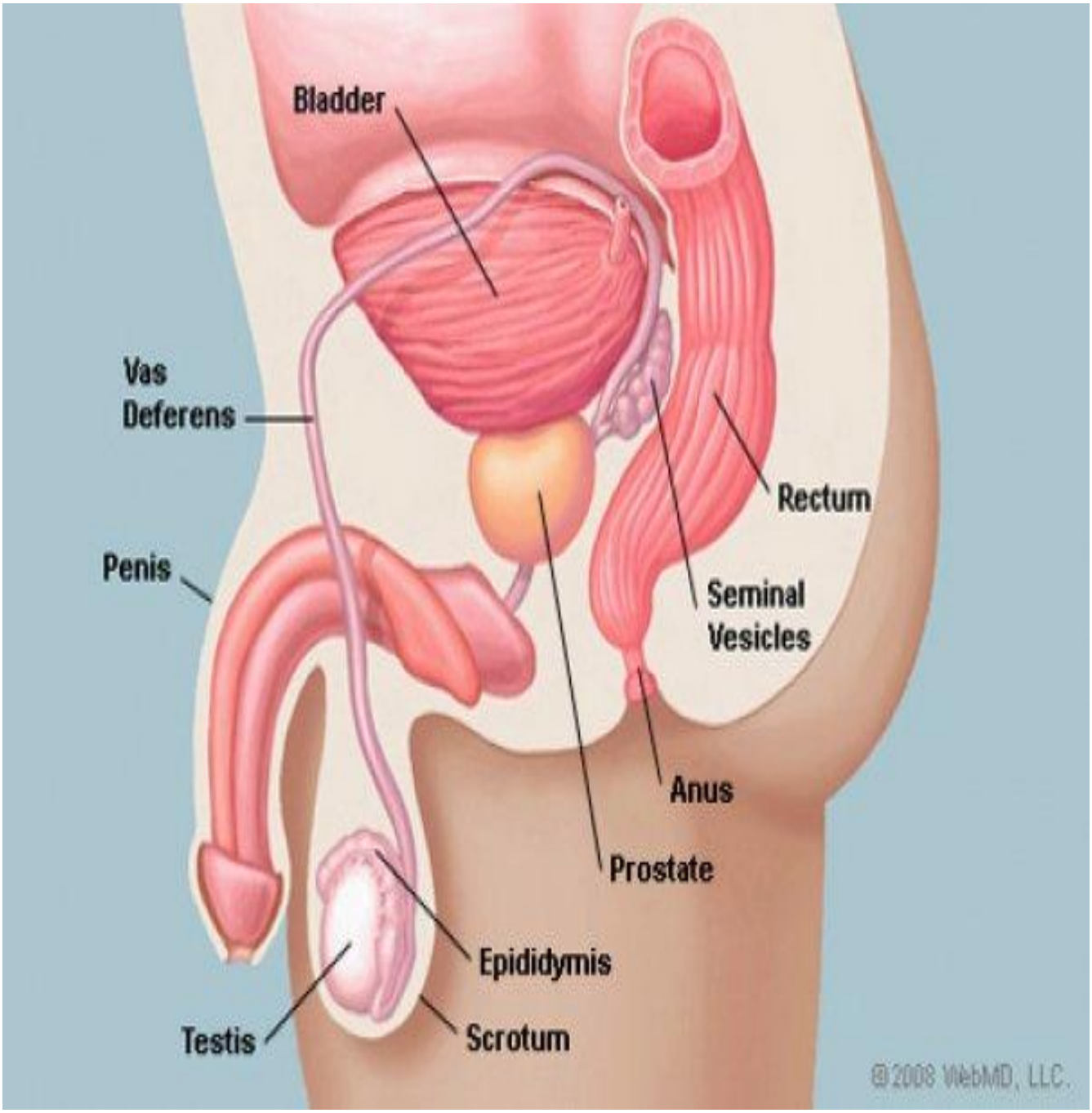
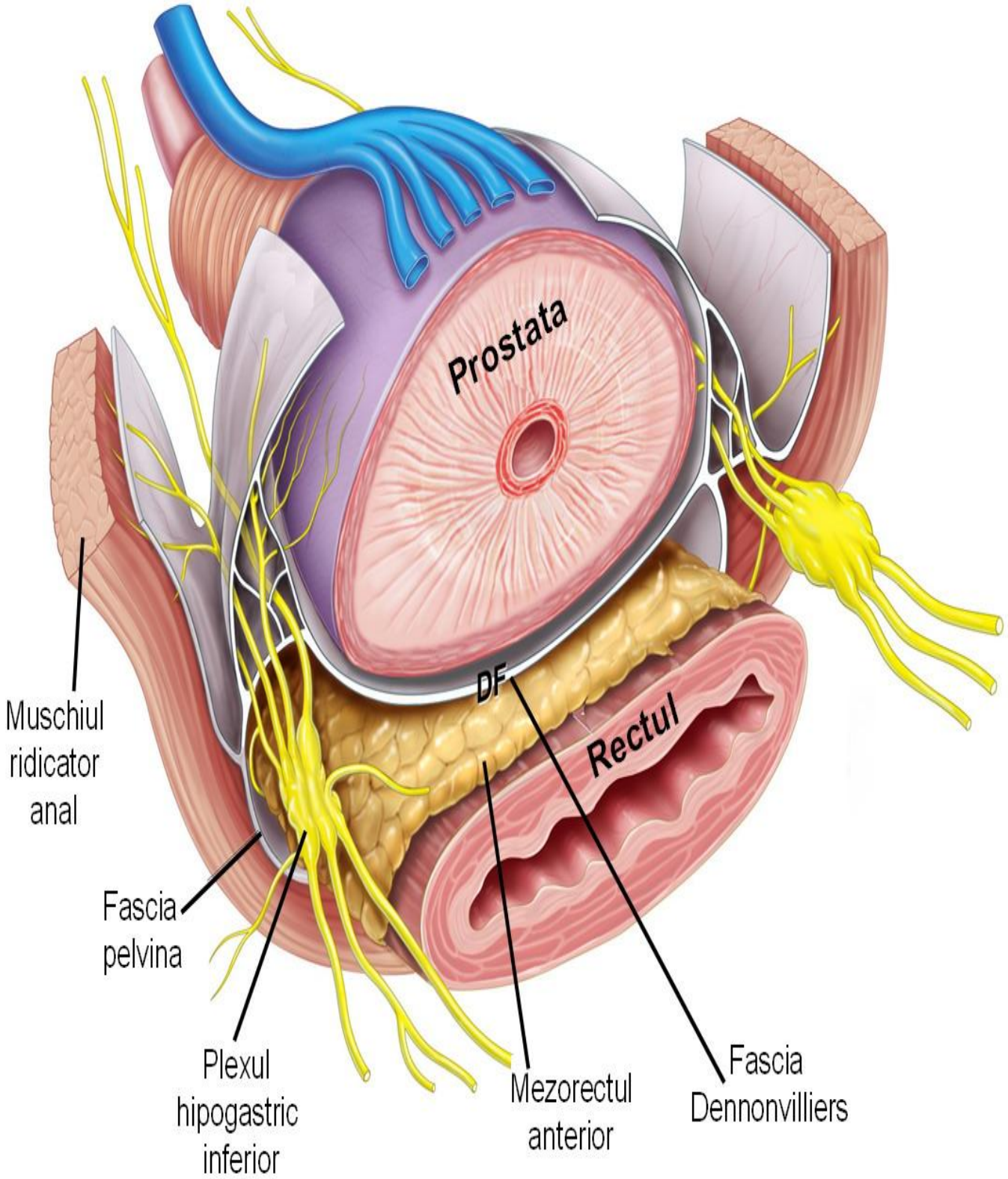


Fig.4-Secțiune prostată



Școala Postliceală Sanitară „Grigore Ghica Vodă”Iași

Proiect

Examenul de absolvire a școlii postliceale sanitare

Calificare profesională :asistent medical generalist

Îngrijirea pacientului cu Adenom de prostată

Îndrumător ,Candidat,

Promoția 2017

Îngrijirea bolnavului cu Adenom de prostată

Cuprins

III. Argument

IV. Îngrijirea pacientului cu Adenom de prostată

Obiectiv 1:

Noțiuni generale de anatomie si fiziologie ……..5 pag. anatomie ……..1 pag .fiziologie

Obiectiv 2 :*Prezentarea generală a afecțiunii ……..* 13pag.

a.Definiția
b.Clasificare
c.Etiologia
d.Simptomatologie
e.Diagnostic
f.Evoluție și prognostic
g.Tratament
h.Complicații

Obiectiv 3 :*Rolul autonom și delegat al asistentului medical în îngrijirea pacientului cu adenom de prostată*

e. Fișa tehnică nr.1 …… 3 pag.
f. Fișa tehnică nr.2…….2 pag.
g. Fișa tehnică nr.3…….2 pag.
h. Fișa tehnică nr.4……1 pag.

Obiectiv 4 :*Procesul de îngrijire al unui pacient cu adenom de prostată*

a.Interviu(culegerea datelor)……4 pag.
b. Nevoi fundamentale după V.Henderson……..1 pag.
c.Plan de îngrijire…….3 pag.

Obiectiv 5 :*Educația pentru sănătate la un pacient cu adenom de prostată*……1 pag

III.Bibliografie……1 pag.

IV.Anexe……..3 pag.

Motto: ” Să trăieşti astfel încât felul în care ţi-ai trăit viaţa să trăiască mai mult decât tine.”

Herbert Harris

II. Argument

- **Adenomul de prostată**, cunoscut și sub numele de adenom periuretral sau hipertrofic de prostată, este o boală caracterizată prin apariția unei tumori benigne, dezvoltată din glandele periuretrale situate submucos, supramontanal, prespermatic și intrasfincterian.
- **Scopul** prezentului proiecteste de a identifica problemele de îngrijire specifice pentru un pacient cu adenom de prostată.
- **Problemele** pe care le poate prezenta un bolnav cu adenom de prostată și de care trebuie să țină seama asistentul medical la întocmirea planului de îngrijire sunt:
  - retenție urinară;
  - polakiuria nocturnă;
  - disurie;
  - inapetență, anemie, cefalee, amețeli legate de gradul de insuficiență renală.

Dezvoltarea obiectivelor proiectului au la bază următoarele **competențe profesionale:**

1. Urmărirea și notarea în foaia de observaţie a funcţiilor vitale și vegetative.
2. Evaluarea stării pacientului după efectuarea tehnicii și investigației.
3. Utilizarea rezultatelor evaluării pentru identificarea priorităţilor în îngrijirea pacientului și clasificarea unui plan al tuturor activităţilor de îngrijire.
4. Cunoaşterea stilului de viață, a condiţiilor de trai și de muncă, a efectelor asupra stării de sănătate.
5. Asigurarea mediului adecvat odihnei și supravegherea bolnavului.
6. Cunoaşterea metodelor de administrare a medicamentelor.
7. Acordarea de îngrijiri pentru prevenirea complicaţiilor în diferite afecţiuni.
8. Cunoaşterea pregătirii bolnavilor și a materialelor necesare pentru recoltări de produse biologice, patologice. Explorări funcţionale, examen radiologie etc.
9. Acordarea de îngrijiri în situaţii de urgență.
10. Realizarea educaţiei în scopul prevenirii complicaţiilor și menţinerea unui grad ridicat de sănătate.

Aplicarea procesului de îngrijire la pacienți cu adenom de prostată s-a finalizat prin analiza unui caz cu adenom de prostată – caz pentru care s-a elaborat un interviu. Pe baza interviului realizat s-au evidențiat problemele de dependență

specifice la nivelul celor 14 nevoi fundamentale – conform principiului Virginiei Henderson.
În final a fost elaborat **planul de îngrijire** la un pacient cu adenom de prostată respectând obiectivele generale ale proiectului. Pe plan au fost evidențiate problemele de dependență, obiectivele de îngrijire, intervențiile autonome și delegate aplicate, precum și evaluarea intervențiilor aplicate.

II.Îngrijirea pacientului cu adenom de prostată

Obiectiv 1

Noțiuni generale de anatomie și fiziologie a prostatei

Prostata este o glandă situată în spaţiul pelvisubperitoneal, dedesubtul vezicii urinare, dezvoltată în jurul porţiunii iniţiale a uretrei.

Numele îi vine de la grecescul „prostates"= care stă înainte.

In adevăr, în cazul când organele pelviene se abordează anatomic sau chirurgical – pe cale perineală, primul organ care „stă înaintea celorlalte" este prostata.

- **Culoarea** prostatei este cenușie-roșiatică.

- **Consistența** este elastică, dar fermă, uşor de perceput prin tactul rectal. În stare normală, suprafaţa ei este netedă, în anumite împrejurări patologice, prezintă porţiuni indurate si neregularități.

- **Dimensiuni**. Prostata este puţin dezvoltată la naştere. Crește exploziv la pubertate și continuă să crească la adulţi. La bătrâni prostata se poate atrofia, dar de cele mai multe ori se hipertrofiază și comprimă uretra. Ea măsoară 3 cm în sens vertical, 4 cm în sens transversal și 2,5 cm în sens sagital. La adult are o greutate de 20-25 g.

- **Conformaţie exterioară.** La nou născut are formă sferică. La adult se compară de obicei cu o castană uşor turtită antero-posterior, sau cu un con uşor recurbat înainte.

Prostatei i se descriu :

- o față anterioară;
- o față posterioară;
- două fețe inferolaterale;
- o bază proiectată în sus;
- un vârf care priveşte în jos;
- uneori prezintă o proeminență transversală, care o împarte în două zone.

- **Forma clinică** pe care medicul o găsește prin tactul rectal, este cea a unui as de pică ale cărui extremități superioare – coarnele – continuă cu veziculele seminale, iar vârful cu uretra. Un șanț median, uşor de perceput, situat pe fața posterioară, marchează limita dintre cei doi lobi laterali ai prostatei.

Loja prostatică

Prostata este situată sub vezica urinară, înapoia simfizei pubiene, înaintea ampulei rectale, deasupra diafragmei urogenitale si a muşchilor ridicători anali. Cum aceşti muşchi separă pelvisul de perineu, rezultă că prostata se găsește profund în pelvis, în spaţiul pelvisubperitoneal.

Axul prostatei este oblic, orientat de sus în jos și dinapoi înainte, formând cu verticala un unghi de 20-25 grade.

Prostata este conţinută într-o lojă, limitată de șase pereţi :

- peretele anterior – format din oasele pelviene;
- peretele posterior – format din septul rectore si coprostatic Denovilliers;
- doi pereţi laterali – constituiţi din muşchii ridicători anali tapetaţi de fascia pelviană parietală;
- peretele inferior – constituit de diafragma urogenitala;
- peretele superior – format din ligamentele puboprostatice și fundul vezicii urinare.

Loja comunică în sus și înainte prin fisurile dintre ligamentele puboprostatice, cu spaţiul prevezical, iar în sus și înapoi cu spaţiul retrovezical.

Intre pereţii lojei și glandă se delimitează spaţiul periprostatic. Îngust, înapoia și pe părțile laterale ale prostatei, acest spaţiu este destul de larg înaintea glandei. El este umplut cu ţesut conjunctiv lax, dependent de ţesutul pelvisului peritoneal. In vecinătatea prostatei, ţesutul conjunctiv se condensează în lame dispuse concentric în jurul ei formând capsula periprostatică. Aceasta se îngroașă mai mult pe părțile laterale și fuzionează cu lamele sacrorectogenitopubiene.

În ţesutul conjunctiv periprostatic se găsesc numeroase vase sanguine – mai ales vene. Pe părțile laterale, aceste vene sunt largi, bogat anastomozate și se împletesc intim cu lamele fasciei prostatice, din care este imposibil să fie separate. Ele formează cele două plexuri venoase vezicoprostatice. Din cauza abundenței acestor vene, enudarea glandei din capsula periprostatica este extrem de hemoragică.

Fascia prostatei, sau capsula periprostatică, nu trebuie confundată cu capsula proprie a glandei , care face parte din stoma conjunctivo-musculară.

În spaţiul periprostatic se pot dezvolta abcesele periprostatice. Cum loja prostatei comunică cu spațiile pre- și retrovezical, flegmoanele pot difuza în aceste spații.

Mijloace de fixare. Prostata este solid fixată prin perineu, care îi formează un important mijloc de susţinere. Acestuia i se adaugă aderentele la organele învecinate – vezica și uretra – precum și la formaţiunile fibroase înconjurătoare (în primul rând ligamentele puboprostatice).

Cu toată fixitatea ei, prostata poate fi ridicată împreună cu vezica prin introducerea în rect a balonului Petersen sau a degetului înmănușat, procedeu folosit curent în prostatectomia transvezicală.

Raporturile prostatei

Raporturile prostatei sunt următoarele **:**

- **fața anterioară**– este verticală, convexă și priveşte spre simfiza pubiană, de care este distanţată cu aproximativ 2 cm. Spaţiul dintre simfiză și prostată – limitat în sus de ligamentele și muşchii puboprostatici, iar în jos de ligamentul transvers al perineului – este ocupat de ţesut conjunctiv în care se găsește plexul venos prostatic. Reamintim că pe această față este acoperită de sfincterul uretrei (striat sau extern);
- **fața posterioară –** este înaltă, orientată oblic dinapoi înainte. Am văzut că prezintă un șanț median, vertical, care o împarte în doi lobi laterali. Fața posterioară este mai largă în partea superioară, iar marginile laterale se rotunjesc pe măsura ce urcă. În partea superioară, pe linia mediană, prezintă o incizură, iar vârful este ascuţit. Aceste caracteristici au făcut ca fața posterioară să fie asemănată cu un „as de pică”. Are următoarele raporturi importante : este acoperită parţial de sfincterul striat al uretrei; răspunde ampulei rectale; între ampula rectală și prostată se gasește o formaţiune conjunctivăfibroasă, septul rectovezicoprostatic Denonviliers care permite cu ușurință separarea chirurgicală a celor doua organe. Raporturile posterioare ale prostatei cu rectul sunt importante pentru aplicaţiile practice : *dau posibilitatea explorării digitale* (tuşeu rectal), și al abordării chirurgicale a glandei; *explică fenomenele rectale* în prostatite și cele vezicoprostatice în rectite, hemoroizi; *explică emisiunile de lichid* la unii indivizi la trecerea bolului fecal.
- **Fețele inferolaterale** – sunt convexe și răspund muşchilor ridicători anali, acoperiţi de fascia lor. Între ridicători și prostată se găsește porţiunea corespunzătoare a lamei sacrorectogenitopubiene. Lateral de ridicători se află prelungirile anterioare ale foselor ischioanale. Acest raport explică*posibilitatea deschiderii unui abces* prostatic sau periprostatic în fosa ischioanală, după ce perforează muşchiul ridicător. Tot aşa se explică*fenomenele vezicale* în cazul flegmoanelor ischioanale. La unirea fețelor inferolaterale cu baza se găsește hilul glandei, adică locul pe unde pătrund sau ies vasele ei.

- **Baza** – a fost comparată cu un acoperiş cu doi versanți, separaţi printr-o uşoară creastă transversală. Versantul anterior răspunde colului vezicii urinare, versantul posterior veziculelor seminale și ductelor deferente. Creasta transversală răspunde porţiunii fundului vezicii situate imediat înapoia colului. Creasta este ridicata de lobul mijlociu al prostatei care e cel mai frecvent interesat în hipertrofia glandei. Separând prin disecţie prostata de organele suprajacente, cele trei zone apar foarte desluşit. În zona anterioara se distinge orificiul intern al uretrei înconjurat de fibrele sfincterului vezicii. Zona mijlocie variază ca aspect. La copii și tineri e foarte redusă, la bătrâni ea se poate dezvolta foarte mult datorită hipertrofiei lobului mijlociu, care ridică trigonul vertical și mai ales buza posterioară a orificiului intern al uretrei. Uretra se deformează, orificiul e îngustat, iar micţiunea devine anevoioasă. Zona posterioară este de fapt o depresiune transversală, prin care pătrund în glandă ductele ejaculatoare. Vârful sau „ciocul prostatei" se sprijină pe diafragma urogenitală, de care aderă prin sfincterul uretrei. El se găsește sub linia ce trece prin marginea inferioară a simfizei pubiene, la 2 cm de aceasta și la 3 cm de anus.

Structura prostatei

Reamintim că prostata este învelită la exterior de *sfincterul uretrei* , iar în interiorul ei uretra este înconjurată de *sfincterul vezicii*. În afara sfincterului extern se găsește *fascia prostatei* sau *capsula periprostatică,* provenită din fascia pelviană viscerală. Toate aceste formaţiuni nu fac parte din prostată.

Structura prostatei este predominant glandulară.

Glandele prostatice formează parenchimul și sunt dispuse în mai multe grupe, separate în lobi.

Pe lângă glande , mai găsim o stromă musculo-conjunctivo-elastică, în care predomină fibrele musculare netede, particularitate care constituie o caracteristică a organului.

Prostata este o glandă de depozit, iar musculatura ei abundentă îndeplinește rolul biologic de a evacua extrem de rapid secreţia în timpul ejaculării.

Ontogenetic, funcţional și arhitectonic – glandele prostatice se grupează în patru lobi : *doi lobi laterali*, legaţi printr-un *istm,lobul mijlociu* și *lobul posterior.*

- ***Lobii laterali*** – drept și stâng – formează cea mai mare parte a glandei. Ei se găsesc pe laturile și înapoia uretrei, dedesubtul unui plan oblic care trece prin ductele ejaculatoare. Pe linia mediană posterioară ei determină șanțul deschis la fața respectivă.

- ***Istmul prostatei*** – este o punte glandulară subţire, situată înaintea uretrei, care leagă cei doi lobi laterali. Poate conţine ţesut glandular, dar cel mai deseori este

format numai din stroma conjunctivo-musculară. Sunt cazuri rare când istmul lipseşte. În aceste cazuri, uretra învelită în sfincterul vezicii se situează într-un jgheab de pe fața anterioară a prostatei.

❖ ***Lobul mijlociu*** – formează partea postero-superioară a glandei. El ocupă partea de bază situată înapoia colului vezicii și se întinde în jos până la planul ce trece prin ductele ejaculatoare. Acest plan e oblic, descendent de sus in jos, si dinapoi înainte. De remarcat că ductele ejaculatoare nu străbat de fapt substanţa glandulară, ci se insinuează între grupul de glande laterale și cel mijlociu. Sunt autori care înteleg prin „istm" lobul mijlociu.

❖ ***Lobul posterior*** – nu este omologat în nomenclatura anatomică, dar este recunoscut de clinicieni datorită marii importanțe pe care o are în patologie. Ocupă partea periferică postero-inferioară, depărtată de uretră, dar învecinată cu rectul.

❖ ***Parenchimul*** – este format din două tipuri de glande, care după mărimea și situaţia lor topografică sunt :

- *glandele periuretrale* – mici, mucoase, lipsite de canalicul sau cu un canalicul foarte scurt, sunt situate in ţesutul din jurul uretrei. Se deschid prin mici orificii dispuse circular pe pereţii uretrei, deasupra colicului seminal. Aceste glande sunt subjacente sfincterului vezicii, care le separă de glandele propriu-zise.
- *Glandele prostatice* – sunt de tip tubulo-alveolar, lungi și puternic ramificate. Sunt în număr de 30-50, dar canalele lor excretoare se pot uni, astfel că până la urmă rezultă 15-20-30 canalicule prostatice. Acestea se deschid prin nişte orificii punctifirme, situate – cele mai multe – în sinusurile prostatice, care flanchează colicului seminal. Glandele propriu-zise sunt situate în afara sfincterului vezicii. Sunt formate dintr-un canal excretor și dintr-un segment secretor. Acesta din urmă are formă alveolară cu un epiteliu uni- sau bistratificat, în raport cu starea funcţională. Aceste glande sunt atât formaţiuni secretorii, cât și depozit al lichidului prostatic.

❖ ***Stroma fibro-musculară*** – caracteristic pentru structura prostatei este prezența unei importante componente de musculatură netedă – atât în structura capsulei și a septelor dependente de ea, cât și în cea a stromei interglandulare. Substanţa musculară constituie circa 1/3 din masa totală a glandei.

La suprafaţă, prostata posedă un strat de ţesut conjunctiv dens, care conţine numeroase fibre elastice și un mare număr de celule musculare netede. Este capsula proprie, capsula de organ, care nu trebuie confundată cu capsula periprostatică (aceasta din urmă provine din ţesutul conjunctiv pelvisubperitoneal). De pe fața profundă a capsulei proprii se desprind

septe sau travee despărțitoare conjunctivo-musculo-elastice, care împart parenchimul glandular în lobuli.

Un lobul corespunde unei glande prostatice propriu-zise. Septele se întâlnesc într-un nucleu central, care este străbătut de ductele ejaculatoare și utricului prostatic; uretra se găsește înaintea lui.

Stroma interglandulară e formată din puternice fascicule de celule musculare netede, întrețesute cu fibre colagene și elastice.

Fiziologia prostateisaufuncţiile prostatei

Glandele prostatice produc un lichid lăptos, fluid și tulbure care constituie cea mai mare parte a spermei. Au un miros care dă mirosul specific ejaculatului. Reacţia slab alcalină a secreţiei prostatice, favorizează motilitatea spermatozoizilor. Este bogată în fosfataza acidă, acid citric, zinc. Enzimele (fibrinogenază, fibrinoliză, veziculază), au un rol important pentru fluidificarea ejaculatului și prin aceasta permit spermatozoizilor să-și desfășoare motilitatea. Lichidul prostatic poate fi obţinut prin exprimarea glandei prin masaj rectal.

Lichidul prostatic este depozitat in glandele propriu-zise, mai ales în segmentul lor alveolar, și de aici este expulzat în timpul ejaculării printr-o contracţie puternică a substanţei musculare, căreia i se adaugă și acţiunea muşchilor perineali.

Prostata ar avea rol genital. Extirparea ei, (cel puţin la animale), le reduce capacitatea reproducătoare.

După vârsta de 20-25 de ani în alveolele prostatice se constituie concreţiuni formate din straturi concentrice, uneori calcifiate numite simpexioni sau corpi amilacei, care constituie aşa – numitul „nisip prostatic”. Sunt formaţi din proteine (cristale de sparmină) și numărul lor crește odată cu înaintarea în vârstă.

Prostata este o glandă hormonodependentă fiind puternic influenţată de hormonii sexuali. Prezentă la naştere, ea se dezvoltă „exploziv” la pubertate. În decursul vârstei adulte, lobii laterali sunt stimulaţi de producţia de testosteron, pe când lobul mijlociu și glandele periuretrale stau sub influența estrogenilor. Odată cu înaintarea în vârsta, in condiţii obişnuite, scade producerea de testosteron și prostata se atrofiază. Această atrofie senilă interesează întreg organul, atât componenta glandulara, cât și cea musulo-conjunctivă.

Daca odată cu diminuarea secreţiei de testosteron se instalează o creştere a nivelului estrogenilor, se va produce „hipertrofia de prostata”. Aceasta interesează în special glandele periuretrale și lobul mijlociu. În schimb, o creştere a concentraţiei de testosteron produce cancerul de prostată, care cuprinde mai ales lobul posterior.

De aici se desprinde aplicaţia practică a hormono-influențării tumorilor prostatei: adenomul se tratează cu testosteron, iar cancerul cu estrogeni și castrare.

Vascularizaţia și inervaţia prostatei

Arterele provin din arterele vezicalele inferioare si rectalele mijlocii. Din acestea se desprind ramuri capsulare și trabeculare, ambele emit arteriole care se capilarizează în jurul glandelor.

Venele provenite din această reţea capilară urmează un traiect paralel, însă invers arterelor. Ele se deschid în largul plex venos prostatic, care înconjoară glanda și se varsă înapoi în vena ruşinoasă internă.

Limfaticele se formează din plexuri perialveolare, ajung la un plex periprostatic și de aici la nodurile iliace externe, interne și sacrale.

Nerviiprovin din plexul nervos prostatic, situat pe fețele posterioară și laterală ale glandei. Plexul nervos prostatic provine din plexul hipo-gastric inferior (plex mixt: simpatic și parasimpatic). Nervii merg de-a lungul vaselor și se termină prin fibre senzitive, secretorii și motoare.

Obiectiv 2

Adenomul de prostată- Prezentare generală a afecțiunii

. **A) Definiție**

Adenomul de prostată, cunoscut și sub numele de adenom periuretral sau hipertrofic de prostată, este definit clasic ca o tumoră benignă, dezvoltată din glandele periuretrale situate submucos, supramontanal, prespermatic și intrasfincterian (înăuntrul sfincterului neted).

Din această definiţie rezultă că originea glandulară a tumorii nu este contestată, dar este acceptată în alt sens decât s-ar deduce din termenul de adenom de prostată.

Această idee a apărut după ce s-a observat că după enuclearea adenomului pe cale transvezicală, prostata propriu-zisă persista, împreună cu canalele ejaculatorii.

Studii mai recente arată că glandei prostatice i se pot recunoaşte doua porţiuni : cranială si caudală. Limita dintre acestea ar fi un plan care trece prin orificiile canalelorejaculatorii. Prostata cranială provine din partea terminală a canalelor Wolff și Muller, cea caudală - din sinusul urogenital. Având embriologic origini diferite, răspund diferenţiat la stimuli hormonali și au patologie proprie.

- Prostata cranialș răspunde prin hipertrofia la stimuli estrogeni și din această porţiune se va dezvolta adenomul de prostată.
- Prostata caudală este sub dependența hormonală androgenică, se atrofiază sub estrogenoterapie și pe seama acesteia se dezvoltă cancerul de prostată.

În porţiunea cranială predominăelementele fibromusculare, iar în cea caudală cele epiteliale.

Prostata caudală, formată din doi lobi posterolaterali uniţi printr-o comisură posterioară, iar anterior prin lobul intermediar, va forma o pâlnie cu axul în jos și îndărăt, în care este cuprinsă prostata cranială. Aceasta are formă de prismă, cu baza în sus și înconjura uretra supramontanala. Este formată din trei grupe glandulare, unele situate intrasfincterian, altele extrasfincteriene (formând lobul prespermatic) și a treia categorie situată în jurul canalelor ejaculatorii (lobul intermediar).

B) Clasificare

Evoluția naturală a adenomului de prostată permite clasificarea în 3 stadii:
- adenomul microscopic
- adenomul macroscopic
- adenomul de prostată clinic (manifest).

Atitudinea terapeutică în cazul acestei afecțiuni diferă. Astfel că se poate institui tratament medical sau chirurgical sau tratament preventiv și de supraveghere.

C)Etiologie

Nu se cunoaşte in mod precis cauza hipertrofiei porţiunii craniale a prostatei. Au fost invocaţi mai mulţi factori :
- congestia venoasa pelvina;
- ateroscleroza;
- inflamaţiile cronice ale prostatei;
- excesele sau absența sexuală.

În cazul aterosclerozei s-a crezut că arterele prostatei caudale fiind afectate, procesul va avea ca urmare atrofia acesteia, în vreme ce prostata cranială, bine vascularizată, se va dezvolta mai amplu, ducând la hipertrofie.

Mai plauzibilă este ipoteza care corelează apariţia adenomului de perturbările hormonale legate de vârstă.

În acest sens se ştie că evoluţia, dezvoltarea și secreţia prostatei, ca și a veziculelor seminale, sunt sub dependență hormonală hipofizo-testiculară. Hipofiza (sub dependență neuro-hipotalamică) secretă gonadotrofinele A si B .

Gonadotrofina A, hormon foliculino-stimulant, are sub dependență tubii seminiferi (celulele Sertoli) și determină hipertrofia prostatei craniale.

Gonadotrofina B controlează dezvoltarea și activitatea celulelor Leydig, ce stimulează secreţia androgenică.

Involuţia testiculară legată de vârstă rupe echilibrul hormonal, lăsând să predomine secreţia estrogenică, ceea ce va duce la hipertrofia prostatei craniale. Cu toate progresele și argumentele aduse în sprijinul patogeniei hormonale a adenomului, tratamentele endocrine încercate nu au dus la nici un rezultat terapeutic valabil.

D)Simptomatologie

Prin importanța și evoluţia sa, adenomul constituie un obstacol în evacuarea urinii. Lobul median, congestia pelvină, edemul mucoasei și submucoasei, ca și scleroza ţesutului conjunctiv din jurul colului accentuează și mai mult disectazia. Presiunea din vezică creste de la 20-40 cc apă la 50-100 cc apă. Pentru a învinge rezistența, fibra musculară se hipertrofiază. Peretele vezical apare îngrosat, iar conturul festonat. Expresia cistoscopica a hipertrofiei musculare este aspectul de „celule si coloane", iar clinic apar polakiuria, cu micţiuni imperioase și întârzierea declanșării micţiunii.

Porţiunea intramurală a ureterelor va fi comprimată, ceea ce duce la staza cu dilataţie suprajacentă.

Cum obstacolul este acelaşi sau se accentuează progresiv, fibra musculară se decompensează și conţinutul vezical nu mai este evacuat în întregime. Apare reziduu vezical, deci retenţia cronică incompletă, polakiuria devine și diurnă și se accentuează progresiv. Staza vezicală poate duce la forţarea orificiilor uretrale, determinând refluxul vezico-uretral.

Insuficiența renală este consecinţa stazei uretero-pielice, iar infecţia îi agravează evoluţia.

Manifestări clinice

Clinic, adenomul de prostată evoluează in trei faze :

d) faza de prostatism;
e) faza de retenţie cronică fără distensie;
f) faza de retenţie cronică incompletă cu distensie.

d) **faza de prostatism** – se caracterizează prin manifestări premonitorii. În mod obişnuit suferinţa clinică este legată de evoluţia unui adenom ce apare în jurul vârstei de 60 ani și mult mai rar, înainte de aceasta, cunoscându-se totuşi cazuri operate în jurul vârstei de 40 ani. Polakiuria nocturnă, în a doua jumătate a nopţii, disuria, diminuarea forţei jetului urinar, marchează debutul afecţiunii. După predominanța și intensitatea unora din manifestările simptomatologice, se pot recunoaşte trei forme clinice :

- polakiuria moderată nocturnă (1-2 micţiuni) ce apare în a doua jumătate a nopţii, însoțită de diminuarea forţei de proiecţie a jetului. Durata micţiunii este mai prelungită. Dimineaţa, după trezire, apar două micţiuni apropiate, apoi, în cursul zilei, tulburările micționale dispar. Acest aspect corespunde de obicei unui adenom mai ferm, de consistența unei mingi de tenis;
- evoluţia clinică se caracterizează prin perioade de exacerbări ale polakiuriei nocturne (4-5 micţiuni) de durată variabilă, legate mai ales de excese alimentare, de ingestia de băuturi alcoolice, de păstrarea îndelungată a poziţiei sezând, la suprimarea cărora totul intră în normal sau aproape normal. De cele mai multe ori la aceşti bolnavi se găsește un adenom de volum mare, edematos, moale;
- suferinţa clinică este dominată de disurie. Controlul rectal arată, de cele mai multe ori, un adenom mic și deseori explorările evidențiază un lob median.

In faza de prostatism, pe lângă simptomele enunţate se mai pot observa : senzaţia de corp străin in rect, erecţii si poluţii nocturne.

e) **faza de retenţie cronică, incompletă, fără distensie, sau stadiul II –** se caracterizează prin apariţia reziduului vezical care nu va depăși capacitatea normală a vezicii urinare. Clinic, pe lângă manifestările din prima fază, apare polakiuria diurnă, iar ureea sanguină va începe să crească ajungând la 1g/1.000. Din momentul apariţiei stazei urinare, deci și a reziduului vezical, funcţia renală va fi afectată. În afară de manifestările urinare se pot observa : inapetenţă, anemie, cefalee, ameţeli legate de gradul de insuficienta renala. Vezica urinară nu se palpează suprapubian, dar poate fi percepută prin tact rectal bimanual. Cantitatea de urină restantă după micţiune poate fi evaluată prin sondaj vezical sau poate fi pusă în evidență prin cistografie urografică postmicțională.

f) **În faza de retenţie incompletă cu distensie –** reziduul vezical depășeste 300 ml, putând ajunge capacitatea anatomică maximă a rezervorului.
Pe lângă manifestările urinare, apar și cele de ordin general.

Manifestări urinare– polakiuria și disuria se accentuează atât ziua cat și noaptea. Bolnavul poate deveni un fals incontinent datorita creşterii reziduului vezical.

Falsa incontinență este datorată micţiunii prin prea plin. Aceasta este mai întâi nocturnă, apoi diurnă. Nu apare la toţi bolnavii din acest stadiu.
La examenul regiunii hipogastrice se palpează globul vezical. Urina, daca nu este infectată, are aspect palid, datorită pierderii puterii de concentrare a rinichiului. Aceasta este explicaţia și a unui grad mai mult sau mai puţin accentuat de poliurie.

Manifestări de ordin general – sunt legate de gradul de insuficiență renală.
Se pot observa paloare, sete, uneori edeme ale membrelor inferioare.
Nu rareori se observă apatie, somnolență (formă nervoasă) sau inapetenţă, greață, limbă uscată.
Ureea sanguină poate fi cuprinsă între 1-3/1.000 sau mai mult.
În cursul evoluţiei unui adenom de prostată sunt frecvent întâlnite manifestările cardio-vasculare.
Ele pot fi sistematizate în ; cardiopatii ischemice, cu tulburări de ritm și de conducere, hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă.

E)Diagnostic

Diagnosticul pozitiv se bazează pe :

- ***Manifestările clinice*** – identificate la consultul urologic:
  - senzaţia de greutate perineală sau rectală după poziţia șezândă prelungită;
  - dureri sacrate sau sacroiliace, dureri la nivelul glandului;
  - scurgeri uretrale după defecaţie;
  - hemospermii;
  - hematurii, mai ales cu caracter iniţial;
  - polakiurie în a doua jumătate a nopţii și care evoluează în crize;
  - incontinență de urină;
  - manifestări de insuficiență renală cronică;
  - retenţie acută de urină;

- ***Tuşeul rectal*** arată :
  - formaţiune tumorală, bine delimitată, de consistență elastică, cu suprafaţa netedă, nedureroasă, ce proemină pe peretele anterior al rectului;
  - peretele rectal nu aderă la formaţiune;
  - lobii pot avea dezvoltare inegală;

- există situaţii când la tactul rectal nu se percepe adenomul, cu toate că suferinţa clinică este caracteristică și apare la „vârsta adenomului”.

Diferenţierea de o prostatită acută este relativ uşoară, date fiind antecedentele infecţioase, starea febrilă, durerea și sensibilitatea glandei la tactul rectal.
Mai dificilă este problema diferenţierii unor noduli de adenomită de cei canceroşi. Pentru noduli neoplazici ar pleda duritatea lemnoasă, evoluţia rapidă și vârsta pacienţilor.
Mai greu de afirmat este natura malignă a unor noduli mai profunzi, intralobulari. Incertitudinea și prudența vor impune întotdeauna puncţia biopsică.

- ***Explorări paraclinice*** – un examen specific este determinarea PSA-ului (antigen specific prostatei) ale cărui valori crește în adenomul de prostată și în cancerul de prostată.
  Examene din sânge recomandate în adenomul de prostată :
  - PAP = fosfataza acidă specifică prostatei;
  - PSA = antigen specific prostatei; valori normale :
    0-3 nanograme
    între 3-9 nanograme – cancer de prostată

  PAP și PSA – cresc în adenomul de prostată.
  Odată precizat diagnosticul de adenom de prostată, se impun unele explorări în vederea evaluării răsunetului obstacolului subvezical asupra aparatului urinar și a precizării existentei unei complicaţii. Date fiind vârsta la care evoluează adenomul și mai ales daca se pune problema indicaţiei operatorii va trebui sa avem în vedere evaluarea cât mai exactă a unor afecţiuni concomitente. Electrocardiograma, testele de coagulare, probele hepatice și radiografia pulmonară vor permite un bilanţ general sumar, pentru a evita unele surprize în evoluţia postoperatorie. În acelaşi context se înscrie controlul funcţiei renale prin determinarea ureei sanguine, creatininemiei, ionogramei și diurezei, date obligatorii înaintea efectuării urografiei.

- ***Urografia standard*** – fara compresiune, cistografia, cistouretrografia micțională, vor permite aprecierea modificărilor uretro-pielo-renale legate de existența adenomului. Modificările aparatului urinar superior sunt în mod normal simetrice, dat fiind obstacolul situat subvezical. Expresia lor poate merge de la simple ectazii ureterale inferioare, cuduri uretrale, ureterohidronefroze până la mutism renal. Asimetria funcţională și anatomică, eventual mutismul renal unilateral, pot fi

produse de : un diverticul sau calcul inclavat într-o celulădin apropierea orificiului uretral, tumoare vezicală în sediul periorificial, neoplasm de prostată sau afecţiuni uretero-pielo-renale preexistente sau concomitente cu evoluţia adenomului. La partea inferioară a cistografiei se poate observa imaginea adenomului evoluând spre cavitatea vezicală și acoperită de opacitatea acesteia.
Marginea superioară a adenomului poate fi convexă sau lobii pot fi separaţi de o mică scobitură (șanț) marcând limitele lor. Lateral se observă cele două uretere orizontale sau „în cârlig de undiță". Pe linia mediană sau pediculat pe unul din lobi, se poate observa imaginea lacunară dată de lobul median, ceea ce poate pune problema diferenţierii de imaginea dată de o tumoră sau calcul vezical. Importanța acestor imagini va fi apreciată în funcţie de volumul și dezvoltarea adenomului spre vezică. De reţinut că în cazul unui adenom cu evoluţie joasă, deformările conturului inferior al vezicii sunt nesemnificative. Conturul vezical festonat este expresia vezicii de luptă. Diverticulii verticali apar ca imagini supraadăugate, dezvoltate mai mult spre partea inferioară a vezicii. Intensitatea scăzuta a opacității vezicale poate sa fie datorită diluării contrastului într-o vezică în retenţie.

- ***Controlul radiologic*** al reziduului, scintigrafic sau prin echografie, este deosebit de util, dar nu se pot face afirmaţii asupra importanței acestuia. Imaginile cu peretele vezical subţire, semnifică o vezică în retenţie cu distensie cronică.

- ***Uretrocistografia*** retrogradă, este justificată în contextul unor disurii la care examenul clinic și urografic nu au dus la identificarea unor cauze obiective.

- ***Uretrografia de profil*** – arata alungirea uretrei supramontanale, închiderea unghiului anterior si deformarea ei in „lama de sabie", iar imaginea din fata evidentiaza eventualele devieri laterale prin dezvoltarea inegala a lobilor laterali.

- Orice explorare radiologica va fi precedata de o radiografie reno-abdominala fara substanţa de contrast. explorarea permeabilitatii uretrale prin cateterism trebuie făcuta cu cea mai mare prudenta, datorita riscului unor leziuni traumatice si infecţioase.

- ***Uretroscopia*** – arata de asemenea alungirea uretrei posterioare, tendinţa ca pereţii laterali sa bombeze spre lumenul uretral, precum si deformarea in foseta a peretelui posterior supramontanal.

- ***Cistoscopia*** – are indicaţii restrânse : hematurie de etiologie si origine incerta, piurie inexplicabila, simptomatologie de adenom fara ca examenul local sa explice

suferinţa clinica. Se pot evidenţia : prezenta de calculi, tumori vezicale, leziuni ce pot scăpa la examenul radiologic. Colul vezical nu mai apare circular si concav, ci este delimitat de o buza posterioara, convexa si de doua laterale (tot convexe, spre lumenul uretral) ce se unesc anterior, iar in jos se întâlnesc cu extremitatile laterale ale celei inferioare dând aspectul „au rideau de fenetre". Orificiile uretrale se vad odată cu buza posterioara a colului vezical (semn precoce de adenom de prostata)

F)Evoluţia adenomului

In cursul evoluţiei unui adenom de prostata trebuie sa remarcam ca :

- nu exista paralelism intre volumul adenomului si tulburările clinice;
- din stadiul de tulburări premonitorii tabloul clinic nu evoluează in mod obligatoriu spre celelalte stadii;
- existenta unui reziduu constant de peste 100ml trebuie sa sugereze evoluţia a la longue spre insuficienta renala;
- retenţia acuta de urina poate sa apară in oricare din stadiile evolutive ale maladiei;
- complicaţiile septice sunt mai grave la cei cu retenţie cronica.

G)Tratamentul

Tratamentul medical

Tratamentele medicale nu fac decât sa amelioreze unele tulburări funcţionale, in contextul unor puseuri congestive pelviene care exacerbează polakiuria si disuria fara sa influenţeze evoluţia adenomului.

Printre cele mai cunoscute sunt băile calde pelvine, urmate de microclisme cu Antipirina (1g Antipirina la 70g apa calda), supozitoare (după formula : Ihtiol 0,25 g, Papaverina 0,04 g excipient pentru un supozitor), aplicate seara, înainte de culcare.

Se mai utilizează preparate ce conţin extracte orhitice si prostatice desalbuminate (Prostamen, Prostagut), sau extracte din produse vegetale (Pygemin africanum) sub diverse denumiri (Tadenan, Harzol, Bazotou).

In acelaşi context se înscriu evitarea poziţiei sezande prelungite, a frigului, a umezelii, a picanteriilor, a băuturilor alcoolice si a apelor minerale.

Toate aceste procedee isi găsesc justificarea la bolnavii din faza de prostatism sau la cei cu reziduu sub 50 ml, cu urini clare si fara dilataţii ale aparatului urinar superior verificate urografic.

Tratamentele hormonale

Tratamentele hormonale încercate nu si-au justificat utilizarea .

Androgenoterapia determina hipertrofia prostatei si poate sa biciuiască unele cancere oculte, de aceea aplicarea lor este interzisa.

Folosirea estrogenilor, chiar in doze mici, nu-si gaseste justificarea datorita tulburărilor secundare induse (sexuale, cardiace sau hepatice).

Progestativele de sinteza (Depostal) nu au indreptatit speranţele.

Tratamentul chirurgical

Cu toate ca cele mai bune rezultate se obţin la pacienţi rezistenţi, cu urini clare si uretra permeabila, indicaţiile operatorii sunt de cele mai multe ori puse in contextul unor complicaţii. Cea mai acceptata sistematizare a acestor indicaţii este următoarea (Mihon, 1971) :

a) indicaţii de necesitate;
b) indicaţii de protejare a aparatului urinar superior
c) indicaţii relative.

d) <u>indicaţii de necesitate</u> :
   - retenţiile acute de urina se repeta tot mai frecvent;
   - retenţiile cronice complete;
   - hematuriile de origine prostatica ce antrenează retenţii de urina si se stăpânesc greu;
   - adenomite;
   - reziduu limpede peste 100 ml;
   - reziduu vezical infectat (indiferent de volum);
   - adenom cu noduli duri ce ridica suspiciunea degenerării maligne sau a coexistentei unui adenom cu cancerul de prostata.

e) <u>indicaţiile de protejare</u> a aparatului urinar superior :
   - distensia cronica a vezicii urinare;
   - vezica „forţata" cu celule multiple sau diverticuli vezicali asociaţi unei disurii marcate;
   - litiaza vezicala asociata;
   - alterarea progresiva a probelor funcţionale renale;
   - dilataţii ale aparatului urinar superior verificate urografic.

f) <u>indicaţii relative</u> :
   - importanta tulburărilor funcţionale sau exacerbarea acestora la abaterea de la regimul recomandat;

- persistenta suferinţei clinice cu tot tratamentul medical respectat de către pacient;
- polakiuria si micţiunile imperioase ce împiedica o viata sociala normala;

Se intelege ca indicaţiile operatorii vor impune un bilanţ general al stării de sănătate a bolnavului cu accentul pe aparatul cardiovascular, respirator, ficat, sistem nervos.

Intervenţia chirurgicala in doi timpi, cu toate ca nu mai are frecventa de altădată, poate fi păstrata cu indicaţii restrânse cum ar fi vârsta înaintata, marii infectaţi sau la cei cu distensie urinara.

Cistotomiei definitive i se prefera astăzi sondele autostatice de tip Foley ce trebuie bine intretinute si schimbate periodic.

Adenomectomia, intervenţie benigna s-a impus ca singura soluţie terapeutica eficace.

H)Complicaţiile adenomului de prostată

Evoluţia unui adenom de prostata poate fi grevata de numeroase complicaţii : retenţia acuta de urina, hematuria, infecţia, calculoza, degenerarea maligna, insuficienta renala, diverticuloza vezicala.

Retenţia de urina

Poate surveni in oricare din fazele evolutive ale adenomului de prostata. Considerata de unii ca un incident, retenţia acuta poate fi urmata de serioase consecinţe ca eclatarea vezicala si uremia acuta.

Poate sa apară in mod brusc sau sa fie precedata de accentuarea disuriei.

Excesele alimentare, a băuturilor alcoolice, umezeala, intemperiile, sunt factori care pot duce la retenţia acuta de urina. Bolnavul devine agitat, acuza dureri hipogastrice, tenesme vezicale si rectale. Senzaţia de micţiune imperioasa accentuează si mai mult starea de nelinişte a bolnavului. Uneori se pot elimina câteva picături de urina. Vezica ramane plina.

Odată retenţia acuta apăruta, va impune unul din gesturile terapeutice in funcţie de existenta complicaţiilor si a coexistentelor morbide : deblocarea farmacodinamica, puncţie suprapubiana, cistotomie suprapubiana. Alegerea fiecărui procedeu se va face in funcţie de locul unde este surprins bolnavul, de dotarea si de condiţiile existente. Cum cel mai frecvent utilizat este cateterismul uretro-vezical va trebui sa avem in vedere posibilitatile evolutive ale unei retenţii acute de urina, după rezolvarea accidentului de retenţie :

- reluarea micţiunilor, bolnavul reintrând in faza evolutiva in care era înainte de episodul acut;

- sa treacă eventual faza de prostatism in una din fazele cu retenţie cronica incompleta de urina;
- accidentele de retenţie acuta sa se repete tot mai frecvent;
- sa devină un bolnav cu retenţie cronica completa.

Retenţiile cronice incomplete de urina sunt considerate modalitati si faze evolutive ale adenomului.

Hematuria

In general, adenomul de prostata nu sângerează prea des, ceea ce impune prudenta in interpretarea originii acesteia.

Hematuria de origine prostatica este de obicei iniţiala, indolora, redusa cantitativ, dar poate fi si abundenta, cu caracter total.

Ea provine din rupturile vasculare ale mucoasei care acoperă adenomul, sau poate sa apară după un cateterism evacuator.

Hematuria cu caracter total trebuie considerata ca o complicaţie si necesita explorări cat mai complete (cistoscopie, urografie etc.) pentru a se preciza originea si natura ei.

Prin abundenta sau retenţie acuta cu cheaguri, hematuria poate sa impună adenomectomia de urgenta. In cursul intervenţiei se poate remarca importanta congestiei si ectaziei vasculare a mucoasei vezicale ce acoperă adenomul.

Infecţia

Se poate grefa in oricare segment al aparatului urogenital.

Infecţia adenomului - adenomita – este un accident serios in cursul evoluţiei adenomului. Poate îmbrăca aspectul unei infectii acute sau cronice. In cazul evoluţiei acute, apar febra, frisoane, leucocitoza, bolnavul acuza dureri si senzaţie de greutate perineala cu iradiere spre gland, disuria se accentuează ducând rapid la retenţie de urina.

La tuşeul rectal se remarca sensibilitatea adenomului, care poate prezenta in unul din lobi (mult mai rar in ambii lobi) o zona mai bombata, de consistenta mai ferma sau fluctuenta. Evoluţia formelor colectate poate fi spre închistare sau spre deschiderea in rect sau uretra. Uneori, in cursul adenomectomiei, se pot găsi abcese închistate in jurul sau in masa adenomului.

Evoluţia spre cronicizare poate sa fie urmarea unui proces acut, insuficient tratat sau sa aibă o evoluţie torpida de la început. Adenomul devine dur si scleros, făcând dificila deosebirea dintre adenom si cancerul de prostata. Prostata in totalitate devine fixa si ferma.

Puncţia biopsica este cea care precizează diagnosticul.

In formele acute se impune antibioterapia masiva si eventual cistotomia, urmând ca adenomectomia sa se facă in al doilea timp .

Cistita

Cistita nu mai are frecventa de altădată, pe de o parte datorita precizării indicaţiilor de tratament, iar pe de alta parte, datorita posibilitatilor actuale de combatere a infecţiilor.

Se cunosc trei forme clinice : forma uşoara, intensa si grava.

Germenii mai frecvent intalniti sunt : stafilococul, flora gram-negativa (Escherichia coli, Proteus) sau asocierile microbiene.

Tratamentul infecţiei trebuie sa fie precoce si intens. Adenomectomia se impune înainte de apariţia recidivelor. Formele grave pot impune, concomitent cu tratamentul medical si cistotomia temporara.

Epididimita

Epididimitele sunt mai frecvente. Infecţia se propaga pe cale canaliculara. Apare deseori la cei la care s-a practicat cateterism uretral dar poate apărea si spontan. Evoluţia spre abces nu este exclusa. Se impune tratament energic cu antibiotice pe cale generala sau locala. Drenajul colecţiei, epididimectomia sau castraţia pot deveni necesare in anumite împrejurări.

Pielonefrita

Pielonefritele pot evolua acut, subacut si cronic. Tabloul clinic este al unei infecţii urinare care devine grava când afecţiunea este bilaterala. In etiologia lor se notează : staza legata de obstacolul la nivelul joncţiunii uretero-vezicale sau refluxul urinei infectate din vezica.

Drenajul urinei vezicale este obligatoriu la cei cu retenţie cronica. Tratamentul cu antibiotice sau chimioterapice este cu atât mai eficace cu cat este instituit mai precoce.

Diverticulii vezicali

Sunt produşi de hernierea mucoasei vezicale in cursul distensiei cronice. Pot fi unici sau multipli, de volum variat. Sediul lor se afla mai frecvent in jurul orificiilor uretrale, pe feţele

laterale si mult mai rar in partea superioară a vezicii. Micţiunea in doi timpi este manifestarea caracteristică, dar este dificil de pus in evidență la aceşti bolnavi.

Diagnosticul de certitudine îl pun cistoscopia si mai ales cistografia retrogradă din față si profil.

Tratamentul depinde de dimensiunea lor; pentru diverticulii mici, adenomectomia este suficienta; diverticulii mijlocii si mari putându-se opera in aceeaşi sedință cu adenomul.

Litiaza vezicala

Este mai puţin frecventa ca in trecut. Staza si infecţia, stau la originea calculilor vezicali. Micţiunile sunt dureroase si frecvente. Durerea iradiază mai frecvent in gland.

Micţiunea poate fi întrerupta când calculul obstruează colul si se poate relua la schimbarea poziţiei.

Diagnosticul se pune cu ajutorul cistoscopiei si al examenelor radiologice.

Tratamentul consta in rezolvarea calculilor in aceeaşi sedinta cu adenomul. Intervenţia in doi timpi nu-si mai are indicaţia decât in condiţiile unor piurii severe sau la vârstnici cu tare organice.

Insuficienţa renală

Este cea mai grava dintre complicaţii. Este fie consecinţa distensiei cronice a aparatului urinar superior, prin retenţie cronică de urină, fie a compresiunii lente a ureterului terminal datorită evoluţiei adenomului. Infecţia supraadăugată, agravând leziunile parenchimatoase, duce la insuficiență renală ireversibilă. Importanța acestei insuficiente renale poate contraindica adenomectomia.

Degenerarea malignă

In condiţiile actuale se consideră ca adenomul de prostată nu degenerează si ca acesta este mai degrabă invadat secundar de către cancerul dezvoltat iniţial in prostata caudală.

Obiectiv 3

Rolul autonom și delegat al asistentului medical în îngrijirea bolnavului cu adenom de prostată

Fișa tehnică numarul 1

Măsurarea și notarea tensiunii arteriale

- **Definiție**

Tensiunea arterial reprezintă presiunea exercitată de sângele circulant asupra pereților arteriali.

- **Scop:**

-evaluarea funcției cardio-vasculare
-evaluarea evoluție bolii
-recunoasterea complicațiilor
-stabilirea prognosticului

- **Locul**

-artera humerală

- **Materiale și instrumente necesare**

-sfigmamometru ,tensiometru electric
-stetoscop biauricular
-tampon cu vată +alcool(pentru dezinfecției membrane stetoscopului și a olivelor)
-creion sau pix de culoare roșie
-foaie de temperature

- **Metode de măsurare**

-metoda palatorie
-metoda auscultatorie

- **Pregatirea bolnavului**

- *Psihic :* se anunță bolnavul și se explică tehnica(în termini succinți și pe înțelesul lui;se explică etapele tehnicii)
- *Fizic:*repaus fizic și psihic

- **Execuție**

- asistenta își spală mainile

- bolnavul se așează în poziție comodă,cu brațul relaxat
- manometrul se fixează la nivelul arterei la care se face determinarea,se așează la vedere
- se fixează membrana stetoscopului pe artera humerală,sub marginea manșetei

Masurarea TA prin metoda ascultatorie

- se introduc olivele stetoscopului în urechi
- se închide supapa și se pompează aer în manșetă până dispar pulsatile
- se decomprimă manșeta progresiv prin deschiderea lentă a supapei până se percepe **primul zgomot** arterial care reprezintă **valoarea TA maximă (sistolică)**-se reține valoarea .
- se continuă decomprimarea până când **zgomotele dispar**=**valoare TA minima(diastolică).**Se reține valoarea.
- se îndepartează manșeta de pe brațul pacientului
- se dezinfectează olivele și membrana stetoscopului

Măsurarea TA prin metoda palpatorie

- Determinarea se face prin palparea arterei radiale .Nu se folosește stetoscopul biauricular.
- Etapele măsurării sunt identice metodei ausculatatorie
- Metoda are dezavantajul obținerii unor valorii mai mici decat în realitate
- Se obține numai valoarea ***TA maximă-sistolică***

❖ **Notare**

- Se notează cifric în caietul independent de observații clinice
- Se notează graphic în foaia de temperature valorile obținute cu o linie orizontală de culoare roșie socotind pentru fiecare linie a foii o unitate coloană de mercur ;linia superioară -valoarea maximă;linia inferioară-valoarea minima

- Uneori se notează cifric:TAmax=150mmHg;TAmin=75mmHg sau TA=150/75 mmHg

❖ **Interpretare**

- **Normal -**se obține 2 valori : TAmax(sistolică) și TAmin(diastolică)
- **Patologic -**Valori cresute=HTA.Valori scazute=hTA

❖ **Observații**

- Manometrul se fixează la nivelul arterei la care se face determinarea
- Se dezinfectează olivele și membrana stetoscopului după fiecare utilizare
- Măsurarea se face la același bolnav cu același aparat,în aceleași condiții
- Măsurarea se face în clinostatism și /sau ortostatism,dimineața și seara ,din oră în oră(în servicii ATI),la diferite intervale recomandate de medic
- În caz de suspiciune se repeat măsurarea fără a depărta manșeta

Valorile obținute se comunică, dar nu se discută rezulatatele cu bolnavul

Fișa tehnică numărul 2

Puncția venoasă

❖ ***Definiție***

Puncția venoasă reprezintă crearea unei căi de acces într-o venă prin intermediul unui ac de puncție.

❖ **Scop**

- **Explorator**(recoltarea sângelui pentru examene de laborator,introducerea substanțelor de contrast pentru investigații radiologice)
- **Terapeutic** (administrarea medicamentelor)

❖ **Locurile de elecție**

- Venele de la plica cotului(basilica și cefalica),venele antebrațului,venele de pe fața dorsală a mâinii,venele subclaviculare,venele femurale,venele maleolare interne,venele jugulare și epicraniene(sugar și copil mic).

❖ **Materiale necesare(în funcție de scop)**

- De protecție-pernă pentru sprijinirea brațului,mușama,aleza
- Instrumentar și materiale sterile(ace,seringi de mărimi diferite,holder cu ac dublu,vacutainere,fiole cu soluții medicamentoase,soluții perfuzabile,felxulă)
- Mănuși de unică folosință sau sterile,tampoane,garou,eprubete uscate și etichetate,cilindru gradat,tăviță renală

❖ **Pregatirea psihică-**se informează asupra scopului puncției,se obține consimțământul

❖ **Pregatirea fizică-**se așează într-o poziție confortabilă atât pentru pacient cât și pentru persoana care efectuează puncția(decubit dorsal)

❖ **Execuția tehnicii:**

- Asistentul medical spală,dezinfectează mâinile și îmbracă mănușile
- Aplică garoul la o distanță de 7-8 cm deasupra locului puncției
- Recomandă pacientului să strângă pumnul,vena devenind astfel turgescentă
- Palpează vena,dezinfectează tegumentul

- Fixează vena cu policele mâinii stangi
- Introduce acul cu bizoul în sus,în unghi de 30° după care longitudinal pe traiectul venei și verifică poziția acului în venă
- Continua tehnica în funcție de scopul urmarit
- Îndepartează staza venoasă,cere bolnavului să deschidă pumnul
- Aplică un tampon la locul punctiri și se retrage acul brusc
- Menține tamponul și se face compresiune 3-5 minute
- Aplică un plasture la locul punctiei

❖ **Reorganizarea locului de muncă**

Selectarea deșeurilor rezultate conform P.U:

- În sacul de culoare neagră:ambalajele din material plastic
- În sacul de culoare galbenă-deșeuri infecțioase-tampon,manuși,seringi fără ac
- În cutii galbene,cu pereții rigizi ,tăietoare-înțepatoare: acele folosite

❖ **Accidente**

- Hematom prin infiltrarea cu sânge a țesutului perivenos
- Perforarea venei(se retrage acul)
- Amețeli,paloare,lipotimie,colaps

Fișa tehnică numărul 3

Măsurarea, notarea si interpretarea pulsului

❖ **Definiţie**

- Pulsul reprezintă senzaţia de şoc percepută la palparea arterei superficiale pe un plan dur.
- Este presiunea exercitată de coloana de sânge sincron cu activitatea inimii percepută sub formă de şoc arterial sau pulsaţie.

❖ **Scop**

- Evaluarea funcţiei cardiovasculare.
- Stabilirea diagnosticului.
- Evaluarea evoluţiei bolii, a stării generale.
- Recunoaşterea complicaţiilor.

❖ **Elemente de apreciat**

- Ritm (regularitate).
- Frecvenţă (rapiditate).
- Amplitudine (intensitate).
- Tensiune (volum).
- Celeritate.

❖ **Locul măsurării**

- *Orice arteră accesibilă palpării ce poate fi comprimată pe un plan osos sau vârful inimii:* ***artera radială, artera carotidă, artera femurală etc.***

❖ **Materiale şi instrumente necesare**

- *Ceas cu secundar sau cronometru.*
- *Creion sau pix de culoare roşie.*
- *Foaie de temperatură.*

❖ **Metode de măsurare**

- Palpatorie.
- Auscultătorii.
- Monitorizare electronică (pe cardioscop).

❖ **Pregătirea bolnavului**

- ***Psihic****. Se anunţă pacientul şi se explică tehnica. O stare emotivă poate modifica valoarea.*
- ***Fizic****. Repaus fizic şi psihic 10-15 minute.*

❖ **Execuţie**

- ***Asistenta îşi spală mâinile.***

-Măsurarea pe artera radială:

- *Se reperează artera în şanţul radial (*în continuarea policelui*).*

- *Se fixează vârful degetele palpatoare* (index, medius, inelar) *pe traiectul arterei, radiale îmbrăţişând antebraţul cu policele.*

- *Se exercită o uşoară presiune asupra peretelui arterial şi se percep zvâcniturile pline ale pulsului* ***timp de 1 minut*** (se poate măsura şi timp de 15 secunde sau 30 secunde – pulsul regulat – iar valoarea obţinută se înmulţeşte cu 4 sau cu 2).

Măsurarea – *după aceiaşi tehnică* ***– se poate face şi pe alte artere.***

❖ **Notare**

- Se notează cifric în caietul independent de observaţii clinice – *se notează inclusiv ora, dacă pulsul a fost măsurat în frison, faciesul era roşu* etc.

- Se notează grafic în foaia de temperatură → pentru fiecare **linie orizontală** se socotesc **4 pulsaţii** – adică 4 valori / pătrat.
- *Prin unirea punctelor succesive se obţine* → **CURBA PULSULUI.**

❖ **Interpretare**

- Normal: *puls regulat, bine bătut, ritmic, sincron, celeric.*
- Patologic: *puls slab, imperceptibil, aritmic, asincron*
- *Frecvenţa → puls rapid –* ***tahicardic****, puls rar –* ***bradicardic****.*
- *Ritm → regulat, neregulat.*
- *Amplitudine → puls mic, filiform sau cu amplitudine crescută.*
- *Volum (tensiune) → puls dur sau moale.*
- *Celeritatea → puls săltăreţ (creşterea rapidă a tensiunii urmată de o cădere bruscă) sau puls tard (cădere lentă).*
- ***Frecvenţa normală în funcţie de vârstă:*** N.n. 140-120 p / minut. Adult 80-60 p / minut.

❖ **Observaţii**

- Măsurarea pentru valori exacte se face timp de 1 minut.
- Măsurarea se face numai după un repaus fizic şi psihic de 10-15 minute.
- Măsurarea se face dimineaţa şi seara, din oră în oră, la diferite ore .

Fișa tehnică numărul 4

Sondajul vezical

❖ **Definitie:** introducerea unei sonde sau a unui cateter prin uretră in vezica urinară, realizând o comunicare intre mediul intern al vezicii si mediu extern.

❖ **Scop:**

- explorator: recoltare de urina, depistarea unor modificari patologice ale uretrei si vezicii urinare.
- terapeutic: evacuarea continutului, procedee terapeutice prin sondă.

❖ **Materiale necesare:**

- de protectie : mușama si aleză;
- sterile:sondă urinară pentru evacuare simplă Nelaton sau permanenta Foley, lubrifiant steril, recipient pentru recoltare, ser fiziologic, seringa,pensă hemostatică, tampoane ,comprese, mănusi ,câmp.
- nesterile: materiale pentru toaleta organelor genitale, tavită renală, bazinet, paravan, pungă colectoare.

-oxicianura de mercur 1/5000 sau betadine,solutie medicamentoasa pt.lavaj

❖ **Pregătirea pacientului:**

psihică: se informează si se axplică necesitatea tehnicii,se obține consimțământul.

-fizică: se izolează patul cu paravan, se protejeaza cu musamaua si aleza, se aseaza pacientul in decubit dorsal cu genunchii ridicati si coapsele indepartate, se indepartează perna si pătura, se acoperă pacientul lăsând descoperită zona genitală, se așeaza bazinetul si se efectueaza toaleta organelor genitale externe, se indepărteaza bazinetul si se așeaza tăvița renală intre coapsele pacientului.

❖ **Execuția tehnicii:**

- asistenta spală mâinile si imbracă mănușile sterile, evidentiaza meatul urinar, dezinfecteaza orificiul uretral de sus in jos cu oxicianura de mercur;

- scoate sonda cu o pensa si o prinde intre degetele mediu si inelar al mâinii drepte;
- lubrifiază sonda cu lubrifiant steril
- cu vârful in sus sonda introduce in uretra 4-5 cm;
- primele picături se lasa sa curga in tavita renala apoi in recipiente in funcție de scop;
-se fixeaza ,se ataseaza la punga colectoare,daca este cazul
- extragerea sondei se face dupa pensarea orificiului extern prin aceleași mișcări

Ingrijirea pacientului: toaleta regiunii genitale, se imbracă si se așeaza comod in pat, se supravegheaza

Eprubetele cu urina recoltată pentru examene de laborator se etichetează și se transportă la laborator.

- **Reorganizarea**: indepartarea deseurilor

Notarea in F.O.: se notează tehnica si numele persoanei care a efectuat-o, cantitatea de urină recoltată, aspectul macroscopic al urinei.

Obiectivul 4

Procesul de îngrijire al unui pacient cu Adenom de prostată

b) Interviu

2) Informații generale

l) Numele și prenumele :T.I

m) Vârsta : 69

n) Starea civilă :căsătorit

o) Copii : 4

p) Profesia :pensionar

q) Localitatea de domiciliu : Iasi

r) Diagnosticul de internare :**Adenom de prostata**

s) Data internarii: 20.02 .2017

2)**Obișnuințe de viață :**

d) Consumator de :

- Alcool : ocazional
- Cafea : 1 pe zi
- Tutun : nefumator
- Droguri : nu

e) Dietă/regim de viață: alimentație normal

f) Alergii cunoscute : nu se știe

3) **Probleme de sănătate :**

a) Antencedente medicale personale :

-apendicetomie,amigdalectomie in urma cu 55 de ani;

-hidrocel stîng operat în iunie 2005.

b) Antecedente hederocolaterale:

-tatăl a avut adenom de prostată.

c) Motivele internării actuale :

-jenă la micțiune;

-polakiurie nocturnă;

-ușoară hematurie;

-stare de oboseală accentuată,amețeală

-durere în regiunea sacrată

d) Istoricul stării actuale

De aproximativ 7 luni pacientul acuză dureri in regiunea sacrată si sacroiliacă, dureri la nivelul glandului și o jenă,usturime la micțiune.Deasemenea acuză polakiurie nocturnă, incapacitatea de a goli complet vezica urinară.Recent a observat hematurie,cu caracter initial și scurgeri uretrale după defecație.

4)Examenul clinic general

a)Tegumente și mucoase: colorație normală
b) Greutate: 76 kg
c) Înălțime:1.80 cm
d)Țesut subcutanat :normal reprezentat
e) Sistem ganglionar și limfatic : la palpare nu decelăm ganglioni limfatici măriţi patologic
f) Aparat loco-motor: integru morfofuncțional
g)Aparat respirator :
– torace normal conformat

– respiraţie normală

h)Aparat cardio-vascular:

– şoc apexian în spaţiul V intercostal stâng pe linia medio claviculară

– matitate cardiacă normală

– zgomote cardiace ritmice, p=82/ min.

TA – 140/90 mm Hg, puls periferic palpabil

t) Aparat digestiv

– abdomensuplu participă la mişcări respiratorii

– la palpare profundă sensibil în epigastru, fără semne de iritaţie peritoneală. Ficat în limite normale.

– peristaltică intestinală prezentă

u) Aparat renal

-Tușeul rectal evidențiază o formațiune tumorală datorată măririi în volum a prostatei ,bine delimitată,de consistență elestică.

v)) Sistem nervos și organe de simț : orientat temporo spatial

5)<u>Investigații</u>

a. Examenul sângelui :

- VDRL = negativ;
- TGP = 15 u.i./ml.;
- TGO =23 u.i./ml.;
- glicemie = 85 mg. %;
- VSH = 8 mm./h.;
- PSA=9 ng/ml ;

Formula leucocitară: - neutrofile nesegmentate 1 %;
-neutrofile segmentate 57 %;
- euzinofile 3 %;
- bazofile 1 %;
- limfocite 27 %;
- monocite 7 %.
-

b. Examenul urinii

-densitate-1060
-pH-6,5
-prezent sediment
-prezente hematii

c. Alte examene de specialiate

-urografia standard evidențiază prezența adenomul de prostată cu marginea superioară convexă

6. Tratament medicamentos

-se administrează Xatral Ip 5 mg comprimate care este un antagonist selectiv al receptorilor postsinaptici alfa-1 adrenergici localizati in diferite zone ale prostatei. Blocarea acestor receptori determina o relaxare a muschiului neted la nivelului colului vezical si al prostatei, determinând o imbunatatire a fluxului urinar.

-se administreaza Paracetamol 500 mg ca antialgic

7.Epicriză și recomandări la externare

Nevoia fundamentală	Manifestări de independență	Manifestări de dependență	Surse de dificultate

După intervenția curativă și ameliorarea afecțiunii pacientul se externează cu recomandarea de a reveni la control la fiecare 6 luni pentru investigații ,cu respectarea indicațiilor medicale.

1.A respira și a avea o bună respirație	Respirație normală		
2.A bea și a mânca		Ingestie limitată de lichide,sete	Retenție urinară
3.A elimina		Polachiurie,disurie,retenție urinară,incontinență urinară	Adenom de prostată
4.A se mișca și a păstra o bună postură		Amețeli	Insuficiență renală
5.A dormi,a se odihni		Astenie,oboseală	Polakiurie nocturnă
6.A se îmbrăca și dezbrăca	Conform vârstei și anotimpului		
7.A menține tegumentele curate și îngrijite	Tegumente cu aspect normal		Stil de viață adecvat
8.A păstra temperatura corpului în limite normale	T=36,5℃		
9.A evita pericolele		Necesită supraveghere si tratament corespunzător; apariția complicațiilor.	Adenom de prostată
10.A comunica	Comunicativ,sociabil, limbaj adecvat,coerent		
11.A se realiza	Se consideră realizat familial și profesional		
12.A se recrea		Nu are suficiente modalitați de recreare	Spitalizarea
13.A învăța	Învață să se acomodeze cu noua situație		
14.A-și practica religia		Nu poate merge la biserică	Spitalizarea

b)Nevoile fundamentale după Virginia Henderson afectate la pacientul cu Adenom de prostată

c) Plan de îngrijire al bolnavului cu adenom de prostată

Data	Problema de îngrijire	Obiective de îngrijire	Intervențiile Aplicate (autonome și delegate)	Evaluarea Îngrijirilor
20.02	Durere în regiunea lombo-sacrată	Combaterea durerii Măsurarea funcțiilor vitale.	Se așează pacientul într-o poziție comodă; Se măsoară temperatura, pulsul, și tensiunea arterial și se notează în F.O. Se administrează 1 tb 500mg Paracetamol	Durerea a mai cedat în intensitate după administrarea analgezicului,dar persistă. t= 36,5 C P= 82 p/minut TA= 140/90 mmHg
20.02	Polakiurie nocturnă Disurie Hematurie	Combaterea polakiuriei,reducerea numărului de micțiuni; Stimularea diurezei Pregătirea pacientului pentru sondaj vezical	Se recomandă pacientului să evite poziția șezîndă și să se așeze in decubit dorsal pt. a evita presiunea asupra vezicii urinare; Se efectuează sondajul vezical in condiții de asepsie; Se administrează 1 tb Xatral LP 5 mg/zi	Se reduce numărul de micțiuni Se golește vezica urinară de conținutul rezidual D=1000ml

21.02	Oboseală accentuate datorată lipsei somnului	Diminuarea stării de oboseală Măsurarea funcțiilor vitale și vegetative	Se crează un climat de liniște,permițînd odihnirea pacientului Se administrează 1 tb Calmogen	Pacientul se simte mai odihnit dupa 2-3 ore de odihna t=36,8 TA=140/90 mmHg D=1200ml
21.02	Inapetență	Stimularea poftei de mîncare	Se administrează fructe și legume proaspete Se administrează medicamente pentru stimularea poftei de mîncare la indicația medicului	Pacientul nu prezintă nici o ameliorare semnificativă
21.02	Retenție urinară Disurie Ușoară hematurie	Pregatirea pacientului pentru urografie	Se testează pacientul la substanța de contrast,se introduce I.V Odiston 60 %,25 ml. Se pregătește psihic pacientul	Se efectuează cu succes urografia și se constată prostata mărită de volum.
21.02	Amețeli ,greață si varsături post urografie	Combaterea acestora	Liniștirea pacientului asigurîndul ca aceste simptome sunt tranzitorii ca urmare a administrarii substanței de contrast	Simptomele se ameliorează si dispar după o perioadă scurtă de timp.

22.02	Durei in regiunea hipogastrică Ușoară deshidratare	Combaterea acestora Reechilibrare hidroelectrolitică	Se aplică comprese calde la locul dureros Se hidratează pacientul cu ceai diuretic Se administrează Glucoza 5 % ,Vitamina B1,B6,C P.E.V Se administrează Xatral LP 1 tb,Calmogel 1 tb	Durerile se ameliorează,setea dispare și pacientul prezintă o stare de confort fizic și psihic
22.02	Disurie Stare de neliniște	Calmarea pacientului Efectuarea tratamentului indicat Pregatirea pentru externare	Se face educația pentru sănătate a pacientului Se asigură pacientul de profesionalismul echipei de îngrijire Se administrează Xatral LP 1 tb Algocalmin 2 tb Calmogen 1 tb	Starea generală se imbunătățește Se recomandă externarea la cerere cu respectarea tratamentului și a indicațiilor date de medicul curant Revine la control dupa 6 luni.

Obiectiv 5

Educația pentru sănătate la un pacient cu Adenom de prostată

Asistentul medical va explica pacientului că pot apărea complicații ulterioare dacă nu se respectă tratamentul medicamentos,tratamentul igieno-dietetic prescrise,că trebuie să evite pozitiile șezînde timp indelungat,să evite amînarea urinării cînd vezica este plină,exercițiile fizice care implică sărituri cînd vezica urinară e plină,fumatul și constipația.

Alimente care se pot consuma:

-alimente care conțin zinc(fructe de mare,radăcinoase)
-alimente pe bază de soia
-linte,porumb,nuci deoarece conțin acid glutamic care reduce inflamarea prostatei
-alimente ce conțin beta-caroten,vitamina C,E și magneziu

Alimente de evitat:

-produse lactate
-carbohidrați rafinați
-bauturi cu cafeină
-carnea roșie și carnea procesată
-cartofi prăjiți și cipsuri
-zaharuri
-alimente ce conțin grasimi saturate

Deasemenea este interzis consumul de alcool.

III.Bibliografie

1.Beldeanu L., Butoi D. – Selecţie de diagnostice şi procese nursing, Bucureşti, 2006.

2.Niculescu C. şi colab. – Anatomia şi fiziologia omului - Compendiu, Ed. Corint, Bucureşti, 2005.

3.Titircă L. – Ghid de nursing cu tehnici de evaluare şi îngrijiri corespunzătoare nevoilor fundamentale, Ed. Viaţa Medicală, Bucureşti, 2001.

4.Titircă L. – Îngrijiri speciale acordate pacienţilor de asistenţii medicali, Ed. Viaţa Medicală, Bucureşti, 2003.

5.Titircă L. – Manual de îngrijiri speciale acordate pacienţilor de asistenţii medicali, Ed. Viaţa Medicală, Bucureşti, 2000.

6.Titircă L. – Tehnici de evaluare şi îngrijiri acordate de asistenţii medicali, Ed. Viaţa Medicală, Bucureşti, 1997.

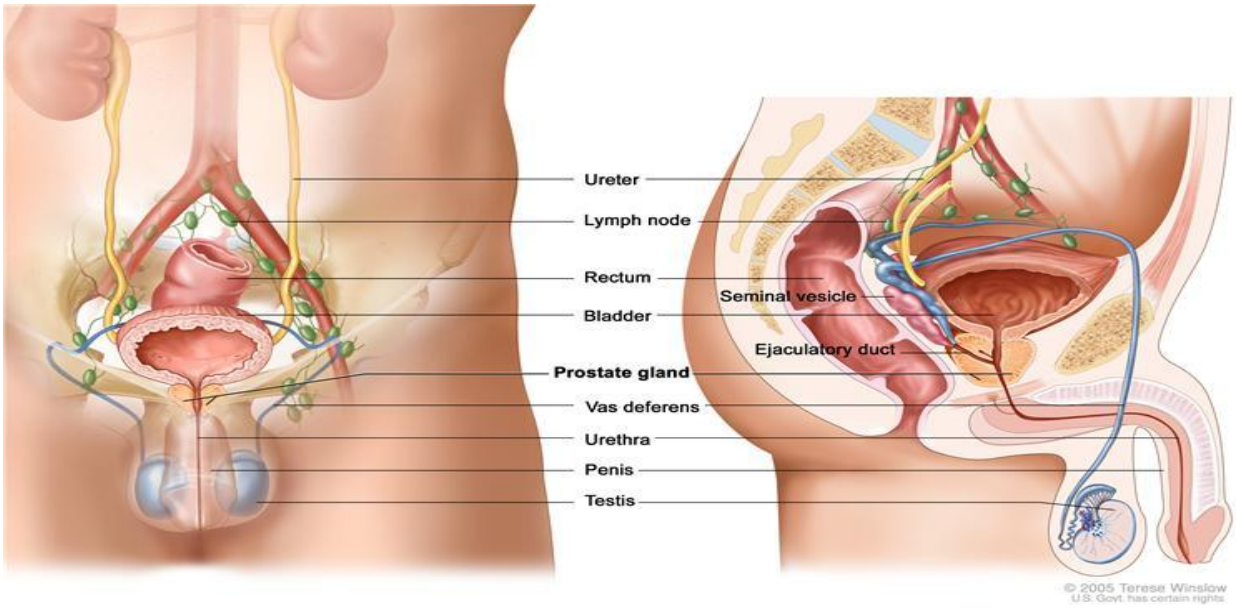
7.Papilian V. – Anatomie, vol. I, Bucureşti, 2000.

8.Internet – www.viatăşisănatate.ro

IV.ANEXE

Fig.1-Tușeu rectal

Fig.2-Aparatul urinar



© 2005 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights

Fig.3-Anatomia prostatei

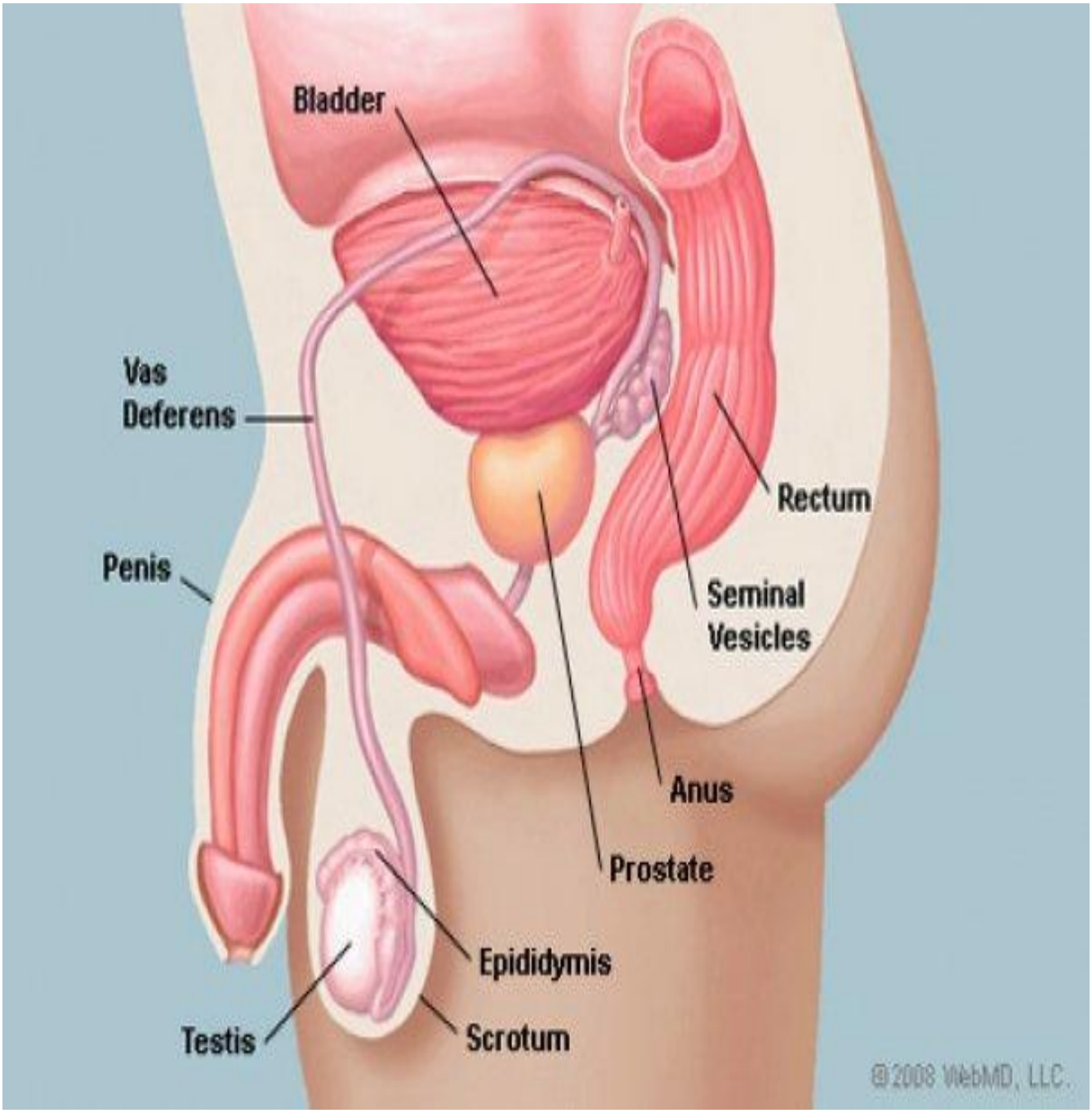
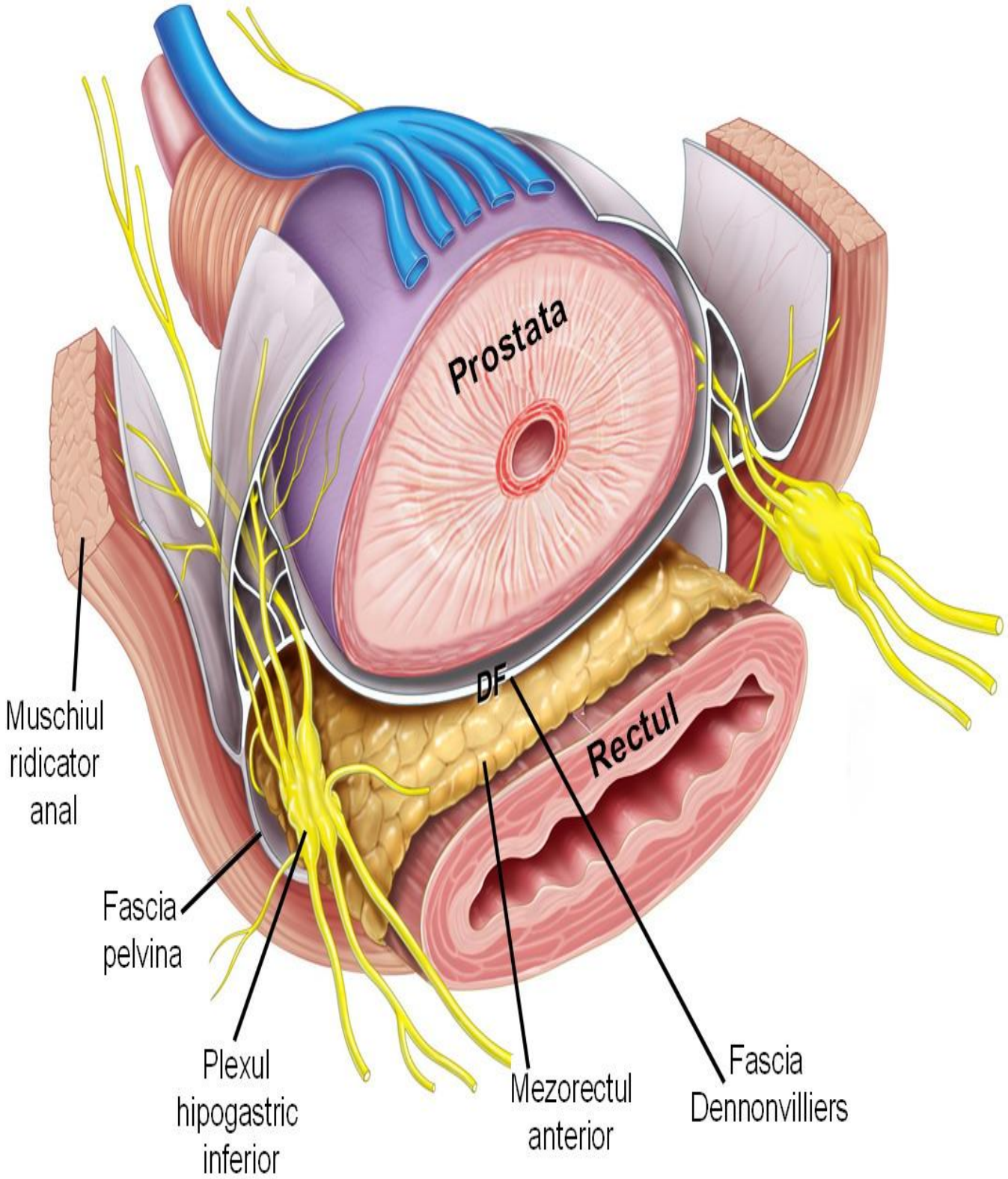



Fig.4-Secțiune prostată